



MEDICINA

NATÁLIA ABREU VASCONCELOS

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UMA AMOSTRA DE
PACIENTES PÓS FASE AGUDA DA COVID-19**

Salvador – BA

2021

NATÁLIA ABREU VASCONCELOS

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UMA AMOSTRA DE
PACIENTES PÓS FASE AGUDA DA COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano.

Orientadora: Lucimeire Cardoso Duarte

Salvador – BA

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e as forças do universo que me fizeram traçar meu caminho até aqui.

Agradeço a minha família por todo apoio que me deram desde o início da minha caminhada nesse curso tão especial. Agradeço aos meus pais por sempre terem acreditado em mim e nunca terem duvidado de que eu era capaz. À minha irmã, agradeço a companhia de todos os dias; meus dias (quase) sempre são melhores com você. À minha tia Fabiani, um agradecimento especial por sempre estar do meu lado, me inspirando e me incentivando a crescer cada vez mais. Agradeço por ter me dado a oportunidade de conseguir a melhor educação acadêmica possível. Sem você, nada disso estaria se concretizando.

Ao meu maravilhoso grupo Corte dos Sonhos, Vivi, Nath, Miel, Ste e Tiffa, agradeço por me mostrarem uma nova forma de ver a vida. Através dos livros, pude me conectar com uma parte de mim que ficou guardada por tempo demais e que era fundamental para meu crescimento pessoal. Obrigada por terem colorido minha vida em um período em que eu não enxergava cores em quase nada. Obrigada por todos os livros, momentos, risadas e choros compartilhados. Obrigada por sempre acreditarem em mim. Com vocês, me reencontrei. Amo vocês.

À minha amiga Beatriz Matos, obrigada por ter se aproximado tanto de mim, por ter compartilhado surtos e momentos incríveis comigo. Obrigada por estar na minha vida. À minha amiga Maria Juliana por ter aparecido na minha vida de voadora e tornado os dias muito melhores. Obrigada por me ajudar sempre que eu preciso e por ser essa amiga incrível.

Aos meus amigos do grupo Veteranos e Anderson, obrigada por compartilharem essa vida comigo, vocês me divertem todo dia. Ao meu amigo Augusto Marianno, agradeço por estar ao meu lado desde o meu primeiro dia nesse curso. Você segurou minha mão e me guiou antes mesmo de eu te pedir ajuda. A cada dia que passa eu te admiro mais, e, para mim, você é uma das maiores inspirações que eu poderia ter na medicina. Com você, o caminho até aqui se tornou muito mais fácil. Ao meu amigo Guilherme, obrigada por estar do meu lado todos os dias, vivendo cada momento comigo. Obrigada por aguentar todos os meus surtos e loucuras. Você é o melhor. Agradeço aos meus outros amigos e colegas que estiveram do meu lado nessa caminhada, me fazendo rir, me apoiando e me fazendo levar a vida de forma mais leve.

Ao meu parceiro de vida, Vilmar, agradeço por estar ao meu lado em todos os momentos. Nos ruins e nos bons, você sempre esteve aqui. Cada momento que eu passei fazendo esse trabalho exigiu muito de mim e você nunca deixou de me apoiar e me tranquilizar. Meu maior privilégio é poder compartilhar a vida com você.

À minha orientadora, Lucimeire Duarte, agradeço do fundo do meu coração por ter aceitado me orientar e por ter me guiado tão bem nessa caminhada. Agradeço por ter me ajudado em todos os momentos, por ter tido paciência quando eu estava desesperada e por ter compreendido as minhas limitações. Obrigada por ter lutado pelo meu trabalho, lembrarei disso para sempre. A senhora é uma profissional incrível que me proporcionou muitas oportunidades que serei grata eternamente. À toda equipe do CPC, por dar início a esse projeto tão importante, e, principalmente, às psicólogas Emília Passos, Priscila Bahia e Milena Azevedo por estarem fazendo um trabalho imprescindível no cuidado da saúde mental dos pacientes e por me permitirem usar esses dados para concluir o meu projeto.

À minha querida professora de metodologia da pesquisa, Caroline Feitosa, agradeço por ter me apresentado a pesquisa de forma tão apaixonada, me ajudando a enxergar o TCC da melhor forma possível. Agradeço a oportunidade de ter estado ao seu lado do início até o final desse grande projeto, sendo sempre guiada e ajudada da melhor maneira. Você é um exemplo de ser humano e um exemplo de profissional que eu me inspiro todos os dias. Professora, obrigada por me fazer querer ser melhor, por sempre me incentivar a fazer mais e por acreditar em mim nos momentos que nem eu mesma acreditei. Sem você, nada disso seria possível. Obrigada por toda paciência e carinho. No sexto semestre, quando começamos essa jornada, eu sabia que estava com uma professora incrível, mas agora, ao final, sei que tenho uma amiga.

Agradeço a todos os professores incríveis que passaram pela minha formação, desde o Centro Cultural Primavera, Chave do Tamanho, Gregor Mendel até a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

“My soul is painted like the wings of butterflies”

Freddie Mercury

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 é uma crise de saúde que tem afetado várias nações. A maioria dos pacientes se recuperou da doença, mas outros passaram pela doença pós-aguda, que se estende além de 3 semanas do início dos primeiros sintomas. Embora a doença afete intensamente a saúde física, afeta também a saúde mental, principalmente no cenário de pandemia, que vem associada a sofrimento psicológico. Muitos desses pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, transtornos de grande prevalência no Brasil e no mundo. **Objetivo:** Descrever a prevalência de ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes pós fase aguda da COVID-19 no Centro pós COVID-19 (CPC) do Hospital Estadual Otávio Mangabeira em Salvador. **Metodologia:** Estudo observacional transversal. Avaliados 100 pacientes com diagnóstico prévio de COVID-19, encaminhados para o CPC para acompanhamento. Critérios de exclusão: pacientes gestantes, com déficit cognitivo e/ou que se recusaram a assinar o TCLE, ou que foram retirados do estudo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Amostra constituída de 100 pacientes. Média de idade de 51.32 (\pm 13) anos e IMC 28.04 (\pm 4.5). Maioria do sexo feminino (59%) e de cor autorreferida parda (51%). Não houve diferença estatística entre os grupos da HAD e Score de Saúde (HADa – P=0,18/HADd – P=0,40/Score – P=0,27), porém, os pacientes não internados possuem uma pontuação maior do que os internados (HADa: média total 7.90/ internados 7.22/ não internados 8.80 | HADd: média total 7.53/ internados 6.97/ não internados 7.97 | Score de Saúde: média total 63.41/ internados 65.44/ não internados 60.56). No EuroQol, 22% dos pacientes referiram ser muito ansioso/deprimido e 3.3% extremamente ansioso/deprimido. **Conclusão:** Conclui-se que pacientes com COVID-19, na fase pós-aguda, possuíram sintomas de ansiedade e depressão, sendo mais relatados entre aqueles que não passaram por período de internamento e em mulheres. Com isso, faz-se necessário que os serviços de saúde ofertem cuidados multidisciplinares e ofereçam cuidados de psicologia e psiquiatria para todos os pacientes. Além disso, são imprescindíveis mais estudos caso-controle para melhor análise de resultados.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Pós-COVID-19. Estudo Transversal.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic is a health crisis that has affected several nations. Most patients recovered from the disease, but others went through post-acute disease, which extends beyond 3 weeks from the onset of the first symptoms. Although the disease intensely affects physical health, it also affects mental health, especially in pandemic scenario, which has been associated with psychological suffering. Many of these patients had symptoms of anxiety and depression, disorders of high prevalence in Brazil and worldwide. **Objective:** To describe the prevalence of anxiety and depression in a sample of patients after the acute phase of COVID-19 at de post-COVID-19 Center (PCC) of the Octávio Mangabeira State Hospital in Salvador. **Methodology:** Cross-sectional observational study. 100 patients with a previous diagnosis of COVID-19 were evaluated, referred to the PCC for follow-up. Exclusion criteria: pregnant patients with cognitive impairment and/or who refused to sign the informed consent form, or who were withdrawn from the study. This project was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Sample Consisting of 100 patients. Mean age of 51.32 (\pm 13) years e BMI 28.04 (\pm 4.5). Most female (59%) and self-reported brown (51%). There was no statistical difference between the HAD and Health Score groups (HADa – P=0,18/HADd – P=0,40/Score – P=0,27), but non-hospitalized patients have a higher score than hospitalized patients (HADa: total average 7.90/ hospitalized 7.22/ non-hospitalized 8.80 | HADd: total average 7.53/ hospitalized 6.97/ non-hospitalized 7.97 | Health Score: total average 63.41/ hospitalized 65.44/ non-hospitalized 60.56). In EuroQol, 22% of patients reported being very anxious/depressed and 3.3% extremely anxious/depressed. **Conclusion:** It is concluded that patients with COVID-19, in the post-acute phase, had symptoms of anxiety and depression, being more reported among those who did not undergo hospitalization and in women. With this, it is necessary that health services offer multidisciplinary care and offer psychology and psychiatry care to all patients. In addition, more case-control studies are essential for better analysis of results. **Keywords:** Anxiety. Depression. Post-COVID-19. Cross-sectional study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico dos escores de ansiedade pela HAD	17
Figura 2 – Gráfico dos escores de depressão pela HAD	17
Figura 3 – Gráfico de comparação dos escores de ansiedade entre os sexos	18
Figura 4 – Gráfico de comparação dos escores de depressão entre os sexos	18
Figura 5 – Gráfico da categoria ansiedade/depressão do EuroQol	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais da amostra estudada	13
Tabela 2 – Características gerais da amostra estudada	14
Tabela 3 – Características clínicas da amostra estudada	15
Tabela 4 – Pacientes internados e não internados por sexo	16
Tabela 5 – Média dos escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida entre pacientes internados e não internados por conta da COVID-19	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo primário:	5
2.2 Objetivos secundários:	5
3. REVISÃO DE LITERATURA	6
3.1 COVID-19	6
3.2 COVID-19 pós-aguda	7
3.3 COVID-19 e saúde mental	7
3.4 COVID-19, depressão e ansiedade	8
4. MATERIAIS E MÉTODOS	10
4.1 Desenho do estudo	10
4.2 Local e período do estudo	10
4.3 População do estudo/Amostra	10
4.3.1 Critérios de inclusão	10
4.3.2 Critérios de exclusão	11
4.4 Coleta de dados	11
4.5 Análise de dados	12
4.6 Comitê de Ética em Pesquisa	12
5. RESULTADOS	13
6. DISCUSSÃO	20
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	27
ANEXO A - CEP	27
ANEXO B – TCLE	28
ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA	31
ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO DA PSICOLOGIA	34
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EUROQOL	35
ANEXO F – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)	37

1. INTRODUÇÃO

Originada em Wuhan, China, em dezembro de 2019, como casos de pneumonia de origem desconhecida, a doença COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, atingiu o nível de pandemia em 11 de março de 2020. Como classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia de COVID-19 é uma crise de saúde que vem afetando várias nações, sendo um de seus problemas mais críticos a alta taxa de propagação do vírus, tendo infectado mais de 243 milhões de pessoas em todo mundo e levado mais de 4 milhões delas a morte (dados da OMS de 25 de Outubro de 2021). No Brasil, dados do Ministério da Saúde computados até 24/10/2021 mostram mais de 21 milhões de casos confirmados e mais de 600 mil mortes (1–4).

Como se trata de uma nova doença, é difícil determinar a sua história natural rapidamente, bem como suas complicações. Sendo assim, houve dificuldade no fornecimento de informações concretas para os indivíduos acometidos. Apesar disso, sabe-se que a maioria dos pacientes se recuperou da doença, porém muitos outros apresentaram sintomas persistentes e novos sintomas após a fase aguda, leves ou graves, dependendo da gravidade da doença prévia e das condições do indivíduo (1). Essa fase pós aguda pode ser classificada como uma doença multissistêmica, se estendendo além de 3 semanas desde o início dos primeiros sintomas (5).

Existem ainda poucas informações sobre as consequências da COVID-19, porém, apesar de ser uma doença que afeta intensamente a saúde física do paciente, causa também muitos efeitos na saúde mental. Os pacientes que se recuperaram da doença passaram por experiências difíceis durante o processo, tendo que conviver com sintomas incapacitantes, bem como em isolamento, o que foi necessário para limitar a disseminação do vírus SARS-CoV-2 (6). Essas circunstâncias causam sentimento de tristeza e solidão aos pacientes. Mesmo os indivíduos que ficaram em isolamento domiciliar, sentiam-se sozinhos e deprimidos, visto que não tinham contato verdadeiro com as pessoas da própria casa, principalmente por receio de contaminar seus entes queridos e devido a linguagem de medo disseminada pela mídia e pela população em geral (7). Diante desse cenário, sabendo que surtos generalizados de doenças infecciosas como a COVID-19 estão associadas a sofrimento psicológico, faz-se necessário uma melhor ambientação dos transtornos de saúde mental que vêm acometendo pacientes tanto durante a doença quanto após a fase aguda (8).

Os transtornos mentais são definidos e caracterizados de forma individualizada de acordo com as experiências dos indivíduos, sendo influenciado por fatores sociais, ambientais, culturais e familiares (9). Segundo dados da OMS, a cada ano é gerada uma perda econômica de 1 trilhão de dólares no mundo como consequência dos transtornos mentais, tendo índices de ansiedade e depressão muito elevados, sendo dois dos principais transtornos prevalentes e os que serão abordados.

Os transtornos de ansiedade, caracterizados por sensações de medo, perturbações comportamentais e ansiedade excessiva são os transtornos mais prevalentes na comunidade, estando presente em aproximadamente 20% dos casos atendidos na clínica médica. Dados da OMS também mostram que 9,3% dos brasileiros possuem algum transtorno de ansiedade, sendo o Brasil o país com a maior taxa de pessoas com esses transtornos no mundo inteiro. Já os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, humor vazio ou irritável, além de alterações cognitivas e somáticas que modificam o comportamento do indivíduo, sendo a depressão maior a condição clássica desse grupo. É estimado que em todo o mundo, mais de 300 milhões de pessoas sofram com esse transtorno, sendo a principal causa de incapacidade. No Brasil, essa condição afeta 5,8% da população, ficando posicionado como o 5º país com maior taxa de depressão no mundo (9–11).

Diante disso, observa-se que apesar de o COVID-19 ser uma doença com extremo acometimento físico, o acometimento mental possui uma grande importância a ser avaliada, principalmente após fase aguda de contaminação, visto que se curar da doença é apenas um passo no longo caminho de recuperação desses pacientes. Além disso, essa colocação é sustentada ao perceber-se que transtornos de ansiedade e depressão são extremamente comuns na sociedade (7). Sendo assim, a relevância desse estudo está na necessidade de determinar a prevalência de ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes pós fase aguda da COVID-19, que precisaram de acompanhamento a longo prazo, tornando possível associar essas duas comorbidades e identificar indivíduos em maior situação de vulnerabilidade para poder atuar de forma mais eficaz no seu acompanhamento multiprofissional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário:

Descrever a prevalência de ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes pós fase aguda da COVID-19 no Centro pós COVID-19 do Hospital Estadual Octávio Mangabeira em Salvador.

2.2 Objetivos secundários:

Analisar se a frequência de ansiedade e depressão é maior em pacientes que foram internados.

Descrever o comportamento do score de saúde (EuroQol).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 COVID-19

Atualmente, o mundo vem enfrentando a pandemia de uma nova doença, causada pelo vírus SARS-CoV-2. Essa enfermidade foi definida pela Organização Mundial de Saúde como COVID-19, já que advém do novo coronavírus. Inicialmente observada em Wuhan, Hubei, China, em dezembro de 2019, como casos de pneumonia de origem desconhecida, foi classificada como pandemia em 11 de março de 2020, possuindo uma alta taxa de propagação do vírus, sendo esse um de seus principais problemas. A pandemia vem afetando as nações em várias esferas. Tendo uma alta taxa de infecção, já possui mais de 243 milhões de infectados e mais de 4 milhão de mortes registradas em todo o mundo (dados da OMS de 25 de Outubro de 2021) (4,8,12). Essa doença apresenta quadro clínico variado, podendo ser assintomática, leve ou ter quadros respiratórios graves, tornando-se muito imprevisível (1,4). A forma de transmissão predominante é por meio de gotículas expelidas da orofaringe de um indivíduo infectado para um indivíduo livre de infecção, porém também pode ser transmitido por meio de contato com superfície de objetos contaminados até 72 horas ou por via fecal-oral. (13) Em 80% dos casos leves, sintomas como tosse seca, febre e fadiga se fizeram muito presentes, porém um agravamento do quadro pode causar dificuldade respiratória, evoluindo para uma insuficiência respiratória, fazendo-se necessário internamento em unidade de terapia intensiva (UTI), principalmente idosos (1).

No Brasil, quando ocorreu o primeiro óbito por COVID-19, a doença já havia sido declarada como pandêmica, o que fez com que a população e o governo acompanhassem o impacto e a evolução desta pelos outros países do mundo. Sendo assim, as autoridades sanitárias e governamentais precisaram unir esforços para garantir a organização dos serviços de saúde (14). Dados registrados em 24/10/2021 mostram que o Brasil ocupa o 3º lugar de países com maior número absoluto de casos confirmados de COVID-19 (21.729.763) e 605.644 óbitos. Na região Nordeste, a Bahia é o estado com maior número de casos confirmados (1.243.005), tendo uma incidência de 8357,4/100 mil habitantes e mortalidade de 181,7/100 mil habitantes (15). Visando reduzir a transmissão do vírus, bem como garantir provisão de equipamentos adequados e leitos nos serviços de saúde, principalmente em UTI, foram implementadas intervenções, tais como medidas de quarentena, medidas de isolamento e distanciamento social, incentivo a higienização das

mãos, etiqueta respiratória e uso de máscaras faciais (13,14). Com isso, podemos perceber que as complicações médicas gerais, focadas nos aspectos biológicos da doença receberam mais atenção, e, provavelmente por conta disso a maioria dos pacientes se recuperou (1,14).

3.2 COVID-19 pós-aguda

Como a COVID-19 é uma nova enfermidade, houve momentos de muitas incertezas, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto por parte dos pacientes. Os profissionais de saúde não conseguiam fornecer informações muito concretas para esses indivíduos, porém, é difícil determinar o curso natural de uma doença nova rapidamente, o que demandou muita paciência e adaptação por parte da equipe da linha de frente no combate ao coronavírus. Além disso, é mais difícil determinar as complicações, e apesar de a maioria dos indivíduos acometidos com a COVID-19 terem se recuperado, muitos passaram a apresentar sintomas diferentes após a fase aguda da doença ou ter piora de sintomas já presentes desde antes. A fase pós aguda da doença, chamada também de COVID-19 pós aguda, apesar de não ter uma definição estabelecida, pode ser classificada como uma doença multissistêmica, se estendendo além de 3 semanas desde o início dos sintomas. Os sintomas apresentados podem ser classificados como leves ou graves, a depender da gravidade da doença prévia e das condições do indivíduo, tais como idade ou presença de outras doenças prévias (1,5).

3.3 COVID-19 e saúde mental

Apesar de existirem poucas informações sobre as consequências da COVID-19, sabe-se que surtos generalizados de doenças infecciosas, bem como as medidas de controle da pandemia afetam a população em várias esferas, e, apesar de afetarem bastante a saúde física do indivíduo, estão muito associadas a sofrimento psicológico, fragilizando intensamente o componente de saúde mental. Pacientes que se recuperaram da doença tiveram um longo caminho a ser percorrido, passando por experiências difíceis e convivendo com sintomas incapacitantes da doença, tais como dispneia, febre prolongada, dor, tosse crônica e fadiga, além de sintomas advindos de períodos acamados durante o internamento, promovendo fraqueza muscular, diminuição da mobilidade, dificuldade de ficar em pé e caminhar, entre outros sintomas limitantes. Além disso, por conta da sua alta taxa de transmissibilidade, foi necessário fazer o isolamento dos

pacientes para limitar a disseminação do vírus SARS-CoV-2, o que os conferiu a diminuição do contato social, incluindo familiares e amigos, possuindo apenas companhia dos profissionais de saúde encarregados dos seus cuidados, algumas vezes ao dia (6,14). Situações como essa trazem sentimento de solidão e tristeza para os indivíduos, mesmo naqueles que permaneceram em isolamento domiciliar, visto que não podiam ter contato verdadeiro com os outros moradores da casa. Além disso, sentiam medo e receio de contaminar seus entes queridos, visto a linguagem de medo disseminada pela mídia e pela população em geral, diariamente (7). Entre essas pessoas, sentimentos de tristeza, humor deprimido ou agitado foram muito comuns. Sendo assim, sabendo que o momento de pandemia está atrelado a sofrimento psicológico, é necessário conhecer os transtornos de saúde mental que vêm acometendo os pacientes durante a doença e após a sua fase aguda (8).

Os transtornos mentais são comuns na prática médica e podem ser definidos de forma individualizada de acordo com as particularidades de cada indivíduo, bem como suas experiências, tendo influência, portanto, de fatores sociais, ambientais, culturais e familiares. São caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais que afetam o seu cotidiano. A diferenciação entre um comportamento normal e um comportamento patológico dependerá do contexto social em que o indivíduo está inserido, exigindo extrema atenção clínica. As experiências dos pacientes, principalmente a cultura, podem influenciar na aceitação ou rejeição de um diagnóstico, bem como decisões terapêuticas, adesão ao tratamento e considerações do médico sobre a evolução da sua doença. Apesar disso, é de suma importância realizar um diagnóstico rápido e continuar a prestar assistência ao paciente enquanto for necessário (9,10).

3.4 COVID-19, depressão e ansiedade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorre uma perda econômica de 1 trilhão de dólares a cada ano em decorrência dos transtornos mentais, com índices muito elevados de ansiedade e depressão. Sabe-se que o impacto mental decorrente da epidemia de COVID-19 vem sendo bem descrito. Um estudo realizado na população da China em março de 2020 teve um levantamento mostrando impacto psicológico da epidemia moderado a grave em 53,8% dos entrevistados, sendo que 16,5% relataram

sintomas depressivos e 28,8% relataram ansiedade, sintomas também presentes em indivíduos que tiveram a doença e se recuperaram (16).

Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes na comunidade e estão presentes em 15 a 20% dos pacientes atendidos na clínica médica. São caracterizados por sensações de medo, perturbações comportamentais e ansiedade excessiva, sendo a ansiedade definida como sensação subjetiva de desconforto, temor ou pressentimento. A ansiedade pode ser uma afecção psiquiátrica primária, porém também pode ser decorrente de uma doença clínica primária, sendo que 33% dos pacientes possui uma etiologia clínica para esses sintomas psiquiátricos, fazendo-se importante uma avaliação detalhada (9,10). Ainda, dados da OMS registram que 9,3% da população brasileira possui algum dos transtornos de ansiedade, deixando o Brasil em primeiro lugar com a maior taxa de pessoas com esses transtornos no mundo inteiro.

Os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, humor vazio ou irritável, além de alterações cognitivas e somáticas que modificam o comportamento do indivíduo. A depressão maior é a condição clássica desse grupo de transtornos, durando pelo menos duas semanas e com presença de humor deprimido diário. Um paciente com depressão perde o prazer em coisas que antes eram agradáveis para ele, apresentando alguns sintomas como irritabilidade, tristeza, indiferença, fadiga e pensamentos de morte em um episódio, sendo que a gravidade, frequência e duração de cada episódio varia de acordo com as particularidades de cada indivíduo. Dados da OMS estimam que, em todo o mundo, mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades sofrem com esse transtorno, sendo a principal causa de incapacidade. No Brasil, essa condição afeta 5,8% da população, o posicionando como o 5º país com maior taxa de depressão no mundo (9–11).

Diante desse cenário, sabendo que transtornos de ansiedade e depressão são problemas muito comuns na sociedade, é importante avaliar a sua relação com a COVID-19, observando as consequências da doença nos indivíduos que se recuperaram da fase aguda e estão no processo de pós contaminação. A COVID-19 é uma enfermidade que afeta muito o bem estar físico dos pacientes, porém o acometimento mental vem sendo descrito com cada vez mais frequência e não deve ser negligenciado (1,10).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “*Avaliação da repercussão da COVID-19 no aparelho respiratório, na capacidade de exercício, no estado de saúde: uma coorte prospectiva*”, que tem como pesquisador principal Dr. Marcelo Chalhoub Coelho Lima.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal, realizado a partir de coleta de dados em uma amostra de casos confirmados de COVID-19 que foram referenciados para acompanhamento após infecção no Hospital Especializado Octávio Mangabeira durante o período de 16 de dezembro de 2020 a 10 de março de 2021.

4.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado no Centro Pós COVID-19 (CPC), localizado no Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM) em Salvador-BA, durante o período de 16 de dezembro de 2020 a 10 de março de 2021. Tal hospital é uma unidade de saúde de grande porte, tendo sido criado em 1942 e reconhecido há 20 anos como Centro de Referência para Doenças Respiratórias. Com a pandemia de COVID-19, o hospital abriu o CPC em agosto de 2020, sendo este um serviço ambulatorial multidisciplinar voltado para os indivíduos que tiveram diagnóstico ou suspeita da doença e passaram pela fase aguda dos sintomas.

4.3 População do estudo/Amostra

Foi utilizada uma amostra de conveniência de 100 (cem) pacientes com diagnóstico prévio de COVID-19 e encaminhados ao CPC do HEOM para acompanhamento.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Idade acima de 18 anos;
- Diagnóstico prévio da COVID-19 com confirmação laboratorial de acordo com os critérios do Ministério da Saúde do Brasil. A confirmação laboratorial prévia conclusiva para a COVID-19 é definida por: resultado

de RT-PCR positivo para o SARS-CoV-2 ou anticorpos IgM e/ou IgG positivos para o SARS-CoV-2. Os pacientes que não tiveram RT-PCR ou sorologia confirmatórios na fase aguda da doença realizaram sorologia na primeira avaliação no CPC;

- Início dos sintomas da COVID-19 estabelecido por pelo menos 4 semanas antes da primeira avaliação no CPC.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo B) ou retirada do mesmo durante estudo;
- Déficit cognitivo;
- Gestação.

4.4 Coleta de dados

Todos os pacientes atendidos no centro passaram por uma avaliação sistematizada e multidisciplinar com enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, psicologia e consulta médica, conforme a rotina do serviço de saúde do HEOM.

Para o presente estudo, foram coletados dados da avaliação médica que foram preenchidos em uma ficha padronizada de avaliação inicial, com dados de identificação, dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e radiográficos (anexo C). Os pacientes foram questionados sobre os sintomas apresentados durante a fase aguda da doença e sobre os sintomas atuais.

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário EQ-5D-5L (EuroQol – 5 Dimensões – 5 Níveis), instrumento que avalia os domínios mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão e classifica o acometimento de cada dimensão em 5 níveis. Além disso, ao final, existe um Score de Saúde que varia de 0 a 100, sendo 0 a pior saúde possível e 100 a melhor (anexo E).

Os dados da avaliação com psicologia foram preenchidos em ficha padronizada (anexo D) e foram aplicadas escalas de rastreio para risco de ansiedade e depressão. A coleta de dados foi realizada através da aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (anexo F).

A escala HAD, traduzida e validada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira em 1995, é composta de 14 questões de múltipla escolha, possuindo duas subescalas,

para ansiedade e depressão com 7 itens cada. A pontuação global em cada escala vai de 0 a 21, sendo que, para analisar o resultado do teste, é necessário analisar 3 faixas de pontuação. De 0 a 7 pontos, é improvável que o indivíduo tenha ansiedade e/ou depressão; de 8 a 11 pontos, é possível, e, de 12 a 21 pontos é provável que tenha. Essa escala visa detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos e não é uma escala diagnóstica.

Foram aplicadas nos pacientes do CPC que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão do estudo, iniciando o processo em dezembro de 2020 e concluindo-o em março de 2021. Os dados coletados estão descritos em fichas anexas.

4.5 Análise de dados

Os dados coletados foram armazenados no software REDCap e analisados através do SPSS versão 23.0. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e valores mínimo e máximo, quando indicado; as variáveis categóricas foram apresentadas como proporções. Para comparar variáveis quantitativas em dois grupos independentes, foi utilizado o teste T de Student, considerando um nível de significância de 5%.

4.6 Comitê de Ética em Pesquisa

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia (UNEB) e foram observadas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (anexo A). Situação: aprovado (CAAE: 38281720.2.000.0057).

5. RESULTADOS

Na amostra estudada, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 100 pacientes com diagnóstico prévio de COVID-19 que foram encaminhados para acompanhamento no CPC. Do total de pacientes estudados, a maioria era do sexo feminino (59%) e a média de idade foi de 51.32 (\pm 13) anos, variando de 26 a 92 anos. A cor autorreferida dos pacientes foi predominantemente parda (51%), seguido da cor preta (39%). A média de IMC foi de 28.04 (\pm 4.5). Das respostas válidas, a maioria dos indivíduos possui ensino médio (completo ou incompleto) (51.2%), é casado ou se encontra em união estável (46.6%) e está economicamente ativo (62.5%). 23% dos indivíduos são trabalhadores da área da saúde. A mediana do tempo de doença até a admissão no CPC é de 1.8 meses. Relacionado ao tabagismo, predomina o grupo de pessoas que nunca fumou (80.6%) e ao etilismo, indivíduos que não bebem (63.9%). Apenas 1.1% relatara fazer uso de drogas. As características gerais da amostra estudada estão detalhadamente descritas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Características gerais da amostra estudada

Variável	Frequência (n/N)
Sexo	
Feminino	59/100 (59%)
Masculino	41/100 (41%)
Idade (DP)	51.32 (13)
Cor avaliada	
Parda	51/100 (51%)
Preta	39/100 (39%)
Branca	9/100 (9%)
Amarela	1/100 (1%)
IMC (DP)	28.04 (4.5)
Escolaridade	
Ensino médio*	45/88 (51.2%)
Ensino superior*	22/88 (25%)
Ensino fundamental*	15/88 (17.1%)
Não alfabetizado	3/88 (3.4%)
Alfabetização	3/88 (3.4%)

Tabela 2 - Características gerais da amostra estudada

Variável	Frequência (n/N)
Estado civil	
Casado/ união estável	41/88 (46.6%)
Solteiro	30/88 (34.1%)
Divorciado	10/88 (11.4%)
Viúvo	7/88 (8.0%)
Situação ocupacional	
Economicamente ativo	55/88 (62.5%)
Aposentado	18/88 (20.5%)
Desempregado	14/88 (15.9%)
Nunca trabalhou	1/88 (1.1%)
Trabalhador área de saúde	23/100 (23%)
Tempo de doença até admissão no CPC em meses (IQ25-75)	1.80 (1.5 – 4.3)
Tabagismo	
Nunca fumou	79/98 (80.6%)
Ex-fumante	18/98 (18.4%)
Fumante atual	1/98 (1.0%)
Etilismo	
Não	62/97 (63.9%)
Social	34/97 (35.1%)
Diário	1/97 (1.0%)
Uso de drogas**	1/87 (1.1%)

*Completo ou incompleto

**Sim

Das comorbidades presentes nos pacientes antes da COVID-19, predomina a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (44.4%), seguida da asma (16.2%) e da Diabetes Mellitus (DM) (15.2%). Logo após estas se encontra o grupo das doenças psiquiátricas, com 13.1% dos indivíduos, sendo que destes 61.5% possuem depressão, 30.8% ansiedade e 7.7% outra doença psiquiátrica. 57.6% dos pacientes passaram por internamento, 42.1% ficaram em UTI e 10.5% necessitaram de ventilação mecânica. Os sintomas atuais (pós COVID-19) mais predominantes, relatados pelos pacientes na ficha de avaliação médica, foram dispneia, alteração do sono, fadiga, alteração do apetite, dor torácica, tosse, cefaleia e dor no corpo. Já os menos predominantes foram alteração de paladar, alteração de olfato e anorexia. Os detalhes desses achados estão presentes na tabela 3.

Tabela 3 - Características clínicas da amostra estudada

Variável	Frequência (n/N)
Comorbidades	
HAS	44/99 (44.4%)
Asma	16/99 (16.2%)
DM	15/99 (15.2%)
Doença Psiquiátrica	13/99 (13.1%)
Depressão	8/13 (61.5%)
Ansiedade	4/13 (30.8%)
Outra	1/13 (7.7%)
Cardiopatía	4/99 (4%)
DPOC	3/99 (3%)
Doença Neurológica	3/99 (3%)
Neoplasia	2/99 (2%)
HIV	1/99 (1%)
Internamento	57/99 (57.6%)
UTI	24/57 (42.1%)
Ventilação Mecânica	6/57 (10.5%)
Sintomas atuais	
Dispneia	70/99 (70.7%)
Alteração do sono	69/100 (69%)
Fadiga	66/99 (66.7%)
Alteração do apetite	62/99 (62.6%)
Dor torácica	52/99 (52.5%)
Tosse	38/99 (38.4%)
Cefaleia	34/99 (34.3%)
Dor no corpo	31/99 (31.3%)
Alteração de paladar	22/99 (22.2%)
Alteração de olfato	21/99 (21.2%)
Anorexia	11/99 (11.1%)

Do total de pacientes da amostra, 59% eram mulheres e 41% homens. Sendo que, do total de 57.6% internados, a maioria era do sexo masculino (78%), enquanto a maioria do sexo feminino (55.9%) não passou por internamento. A tabela 4 detalha a diferença entre pacientes internados e não internados pelo sexo.

Tabela 4 – Pacientes internados e não internados por sexo
(Frequência n/N)

	Internados	Não internados
Sexo feminino	25/58 (42.4%)	33/58 (55.9%)
Sexo masculino	32/41 (78%)	9/41 (22%)

Das respostas válidas a escala HAD (n=76), a média de pontuação entre o total de pacientes para a categoria ansiedade foi de 7.90 (\pm 5.1), sendo que entre os internados foi de 7.22 (\pm 5.2) e os não internados de 8.80 (\pm 4.75). Já para a categoria de depressão, a média entre o total de pacientes foi de 7.53 (\pm 5.2), sendo que entre os internados foi de 6.97 (\pm 5.47) e entre os não internados 7.97 (\pm 4.81). Por fim, das respostas válidas ao Score de Saúde (n=89), a média de pontuação entre o total de pacientes foi de 63.41 (\pm 20), sendo que entre os internados foi de 65.44 (\pm 22.60) e entre os não internados de 60.56 (\pm 16.88). Apesar de a amostra não ter apresentado diferença estatística entre os grupos da HAD e do Score de Saúde, nota-se que na escala HAD os pacientes não internados possuem uma pontuação maior do que os internados, demonstrando que embora o internamento seja um importante agravante para a saúde mental dos pacientes, os indivíduos que não foram internados estão tendo um impacto muito forte nessa área. Dados detalhados na tabela 5.

Tabela 5 – Média dos escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida entre pacientes internados e não internados por conta da COVID-19 (N HAD: 76 | N Score de Saúde: 89)

	Total Média (dp)	Internados Média (dp)	Não internados Média (dp)	P
HAD ansiedade	7.90 (5.1)	7.22 (5.36)	8.80 (4.75)	0.18
HAD depressão	7.53 (5.2)	6.97 (5.47)	7.97 (4.81)	0.40
Score de Saúde (EuroQol)	63.41 (20)	65.44 (22.60)	60.56 (16.88)	0.27

*HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

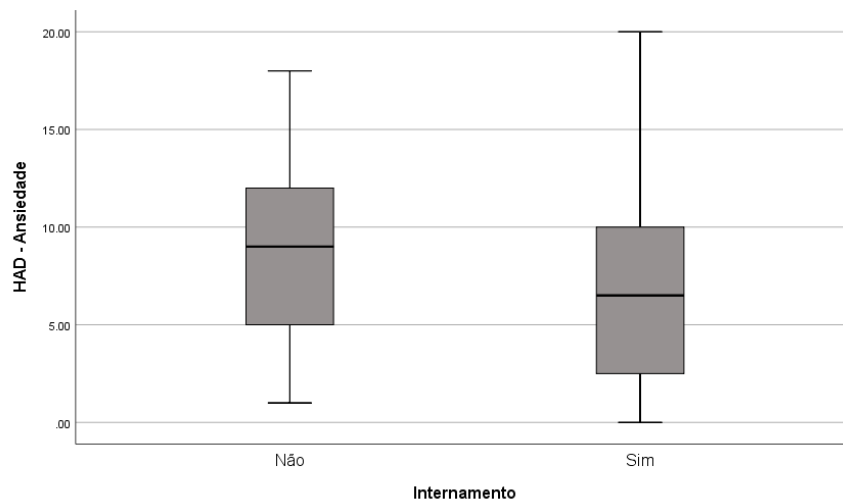


Figura 1 – Gráfico dos escores de ansiedade pela HAD

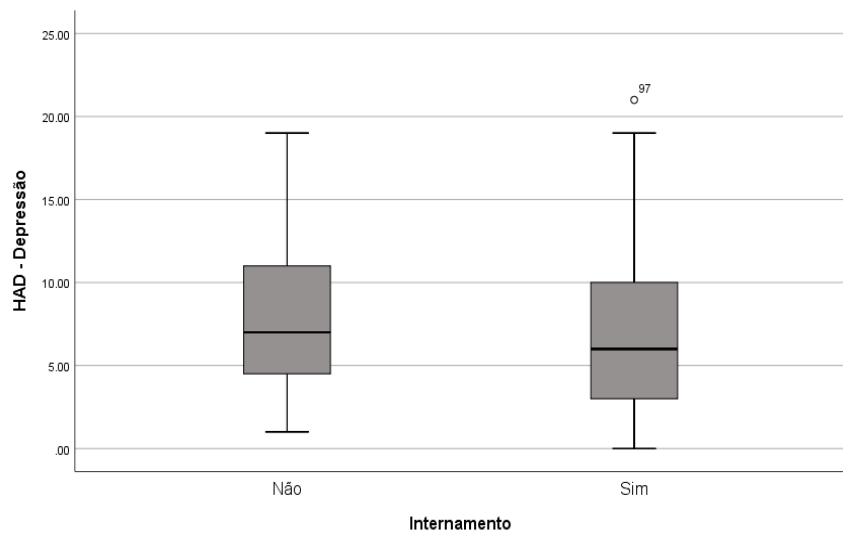


Figura 2 – Gráfico dos escores de depressão pela HAD

Comparando a HAD Ansiedade e HAD Depressão entre os sexos, nota-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$), onde o sexo feminino possui pior pontuação. A média da HAD Ansiedade no sexo feminino é de $10.13 (\pm 5.08)$. No sexo masculino, a média é de $5.8 (\pm 4.58)$. Já na HAD Depressão, a média do sexo feminino é de $10.35 (\pm 5.05)$, e a do sexo masculino é de $4.43 (\pm 3.37)$.

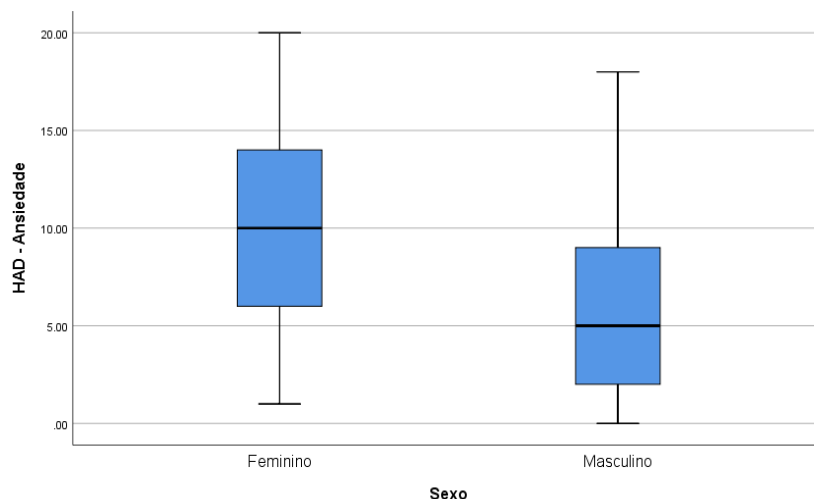


Figura 3 – Gráfico de comparação dos escores de ansiedade entre os sexos

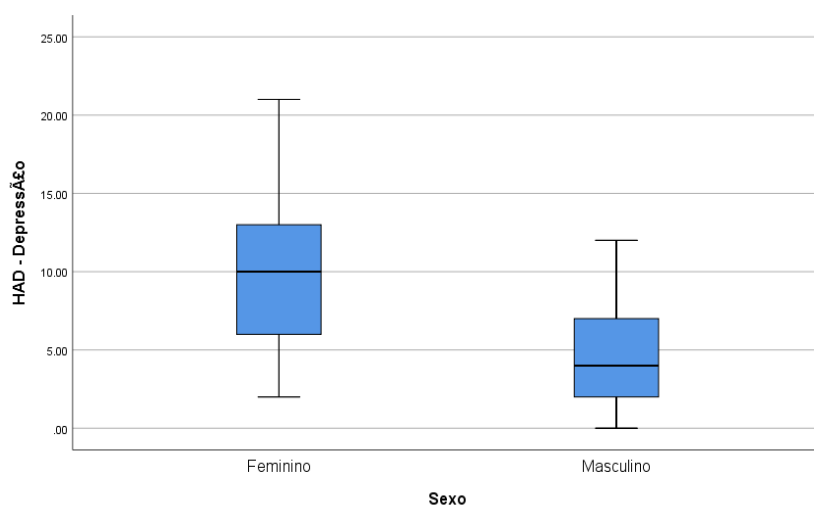


Figura 4 – Gráfico de comparação dos escores de depressão entre os sexos

Com relação ao questionário EuroQol, das respostas válidas, a maioria dos pacientes não têm limitações relacionadas à mobilidade e aos cuidados pessoais (66.3% e 85.9% respectivamente). A maioria dos pacientes possui alguma limitação com relação à realização de suas atividades habituais (58.7%) e a maioria dos pacientes apresenta dor ou desconforto (71.7%). Relacionado ao tópico de ansiedade/depressão, 31.87% dos pacientes responderam que não têm ansiedade/depressão, 19.8% responderam que têm ansiedade e depressão leve, 23.1% é moderadamente ansioso/deprimido, 22% é muito ansioso/deprimido e 3.3% respondeu ser extremamente ansioso/deprimido. Sendo assim, a maioria dos pacientes (68.2%) possui algum grau de ansiedade/depressão. Dados do critério ansiedade/depressão ilustrados no gráfico 5.

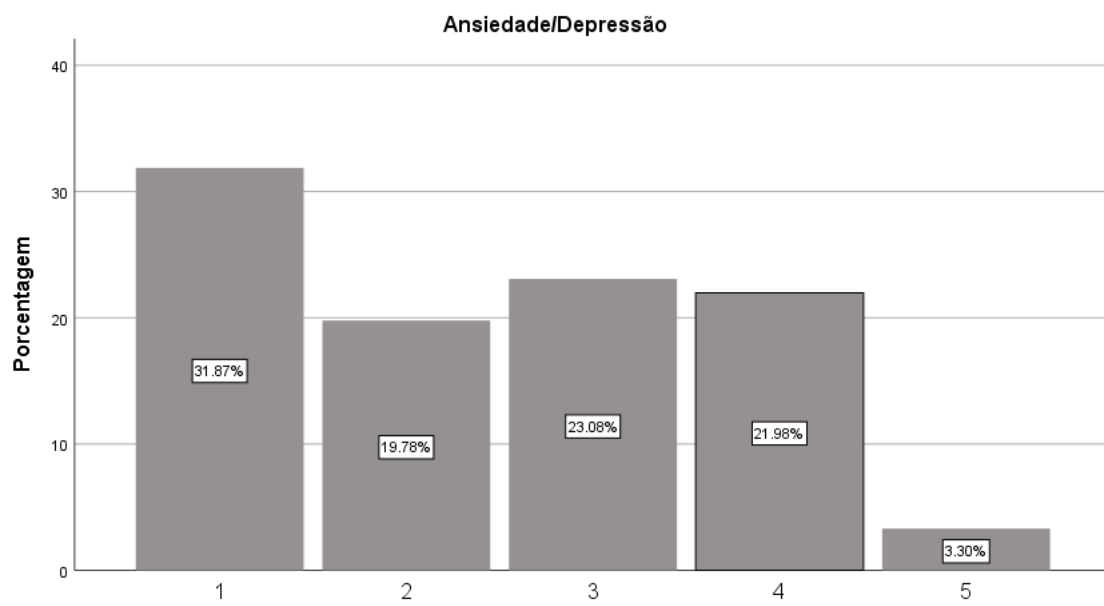


Figura 5 –Gráfico da categoria ansiedade/depressão do EuroQol

- 1: Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- 2: Estou levemente ansioso/a ou deprimido/a
- 3: Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- 4: Estou muito ansioso/a ou deprimido/a
- 5: Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

6. DISCUSSÃO

No presente estudo, foram analisados 100 pacientes com diagnóstico prévio de COVID-19 que foram encaminhados para acompanhamento no CPC. A maioria estudada era do sexo feminino (59%), a média de idade foi de 51.32 anos e a média do IMC foi 28.04. Estudos como Xiong *et al.* também reportaram uma maioria do sexo feminino (64.1%) e maiores de 18 anos na seleção de artigos. Já em Gennaro *et al.* predominou o sexo masculino (65.9%) com uma idade média de 57.8 anos, durante um estudo de coorte prospectivo em andamento em um hospital de Milão. Demonstram amostras provavelmente aleatórias que se enquadram dentro dos critérios de inclusão e exclusão de cada estudo e cada artigo utilizado como referência (17,18).

O estudo Tolba *et al.* assim como o presente estudo, também investigou dados como idade, gênero, peso, tabagismo, comorbidades antes da COVID-19 e sintomas pós COVID-19. Nele, predominaram mulheres, com média de idade de 32.3, abaixo da do presente estudo, e IMC de 28.5, similar a do presente estudo. Na presente pesquisa, vemos alguns sintomas frequentes em paciente pós fase aguda da COVID-19, tais como: dispneia (70.7%), alteração do sono (69%), fadiga (66.7%), alteração do apetite (62.7%), dor torácica (52.5%), tosse (38.4%), cefaleia (34.3%), dor no corpo (31.3%), alteração de paladar (22.2%), alteração de olfato (21.2%) e anorexia (11.1%). Tolba *et al.* apresenta resultados similares, porém apresentando fadiga (71.8%) como o principal sintoma referido, seguido de dor no peito (28.9%), cefaleia (28.9%) e dispneia (28.2%). O estudo Garrigues *et al.* com 120 pacientes, também demonstrou uma alta porcentagem de pacientes que referiram fadiga (55%), dispneia (42%) e distúrbios do sono (30.8%) (1,19). No presente estudo, comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (44.4%), asma (16.2%), Diabetes Mellitus (15.2%) e doenças psiquiátricas (13.1%) foram as mais frequentes na história prévia dos pacientes. No estudo Tolba *et al.* apesar de 70.7% dos indivíduos não ter história conhecida de doenças prévias, 7.7% eram hipertensos e 5.2% diabéticos, corroborando com a prevalência da presente pesquisa. Além disso demonstraram que 83.3% dos casos moderados a severos estavam relacionados a indivíduos hipertensos, asmáticos e diabéticos. Demeco *et al.* também corrobora com a maior probabilidade de sequelas para indivíduos hipertensos e diabéticos. A pesquisa também apresenta uma porcentagem significativa de pacientes que referiram ansiedade (38%) e depressão (28.6%), sendo que no presente estudo, dos 13.1% que referiram alguma doença psiquiátrica, 61.5% relataram depressão e 30.8%, ansiedade (1,6).

Na presente pesquisa, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi utilizada para avaliar os pacientes e rastrear os riscos para essas duas doenças. Sendo assim, observando a média geral da pontuação de pacientes na escala HAD, vê-se que a média total da HAD Ansiedade foi de 7.90 (\pm 5.1) e a da HAD Depressão foi de 7.53 (\pm 5.2). Apesar da média estar na faixa de 0 a 7 pontos, considerada improvável, as pontuações entre os indivíduos variaram de 0 a 21 (mínimo ao máximo) e houve diferença estatisticamente significativa quando foram comparadas entre os sexos, onde as mulheres possuem pior pontuação. Com média da HAD Ansiedade de 10.13 (pontuação variando de 1 a 20) e da HAD Depressão 10.35 (pontuação variando de 2 a 21), as mulheres se encontram na faixa de escore na qual é possível que a maioria tenha ansiedade e/ou depressão. Já nos homens, a média da HAD Ansiedade foi de 5.8 (pontuação variando de 0 a 18) e a da HAD Depressão de 4.43 (pontuação variando de 0 a 12), demonstrando que eles se encontram mais na faixa de improbabilidade. Já comparando a média entre os indivíduos internados e não internados, não houve diferença estatística, porém, nota-se uma média maior de ansiedade e depressão entre pacientes que não foram internados.

Gennaro *et al.* também avaliou sintomas psiquiátricos por meio de escalas nos pacientes do seu estudo. Para ansiedade e depressão foram utilizados os seguintes questionários de autorrelato: Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS), Inventário de depressão de Beck de 13 itens (BDI-13) e State-Trait Anxiety Inventory formulário Y (STAI-Y). Nesse estudo, os pacientes pontuaram significativamente para ansiedade e depressão, além de demonstrar que as sequelas psicopatológicas da COVID-19 tiveram grande influência das características demográficas, no qual mulheres, pacientes com diagnóstico psiquiátrico prévio e pacientes tratados em casa possuíram maior pontuação nessas categorias. O estudo de Vindegaard e Eriksen Berons também corrobora com esses dados e com os dados presentes na pesquisa atual. Além disso, Gennaro *et al.* também avalia os efeitos psicopatológicos da hospitalização dos pacientes, tendo como resultado maior ansiedade e depressão em pacientes ambulatoriais do que em pacientes hospitalizados, corroborando com o presente estudo. As mulheres sofrem mais de ansiedade e depressão mesmo tendo níveis significativamente mais baixos de marcadores inflamatórios, ou seja, possuem uma inflamação sistêmica menos pronunciada que pode levar a uma doença mais branda, ao contrário dos homens. Nesse caso, analisando o estudo de Gennaro *et al.* pode-se pressupor que na pesquisa atual a menor média da HAD, tanto para ansiedade quanto para depressão, em pacientes internados pode se dar pelo fato de que o número de homens internados é significativamente maior que o das mulheres (12,18).

No presente estudo, de acordo com as respostas do EuroQol, a maioria dos pacientes (68.2%) possui algum grau de ansiedade e depressão, o que é corroborado por estudos já citados. Já no Score de Saúde, a média total de pontuação é de 63.41, enquanto a dos pacientes internados é de 65.44 e a dos pacientes não internados é de 60.56, não havendo relevância estatística na diferença entre os sexos e demonstrando também que os pacientes não internados pontuam pior. Nesse caso, seria plausível pensar que a qualidade de vida estaria pior nos pacientes internados, que passaram por desconfortos maiores e aqueles que passaram algum período na UTI, tal qual o estudo Fontela *et al.* que avalia a qualidade de vida em sobreviventes após período de internação em UTI. No seu estudo, foi concluído que a qualidade de vida relacionada à saúde de longo prazo estava comprometida entre esses indivíduos comparado a população geral (20). Apesar disso, ainda não existem estudos que caracterizem a qualidade de vida em pacientes sobreviventes da COVID-19. Alguns estudos como Rosa *et al.* e Klok *et al.* estão em andamento, o primeiro pretendendo utilizar o questionário EuroQol e o segundo pretendendo criar a sua própria escala de qualidade de vida para avaliação dos pacientes com repercussões após COVID-19 (21,22).

Com isso, a presente pesquisa torna-se importante visto que traz um tema ainda pouco estudado no cenário atual, já que a COVID-19 é uma doença nova e, em muitas áreas, ainda desconhecida e as repercussões após fase aguda dessa doença são menos conhecidas. O vírus SARS-CoV-2 pode trazer repercussões psiquiátricas pela própria resposta imunológica, com produção e acúmulo de citocinas e interleucinas que podem causar neuroinflamação por meio da ruptura da barreira hematoencefálica, invasão de células imunes periféricas no Sistema Nervoso Central, comprometimento da neurotransmissão, entre outras vias prejudiciais. Além disso, fatores estressores do ambiente como o isolamento social e o medo da doença podem ajudar também nesse acometimento psiquiátrico (18).

O estudo possui limitações devido ao pequeno tamanho amostral, além da falta de acesso a dados mais detalhados das análises de grupo, o que pode trazer viés de confundimento para o trabalho devido a possíveis variáveis desbalanceadas, porém, com o estudo de coorte em andamento (*“Avaliação da repercussão da COVID-19 no aparelho respiratório, na capacidade de exercício, no estado de saúde: uma coorte prospectiva”*), a maioria das dúvidas presentes poderão ser sanadas.

Por fim, conclui-se nesse estudo que pacientes com COVID-19, que passaram pelo período agudo da doença e desenvolveram a doença multissistêmica pós-aguda

apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, sendo que aplicando escalas de ansiedade, depressão e qualidade de vida, pacientes não internados possuíram pontuação pior do que os pacientes que passaram por período de internamento. Apesar de pressupormos que indivíduos internados sofrem mais que não internados, na presente pesquisa os dados mostram o contrário, possivelmente pelo fato de pacientes internados no hospital encontrarem conforto na equipe dos profissionais de saúde responsáveis pelo seu cuidado, enquanto pacientes ambulatoriais podem não encontrar o mesmo. Por isso, é necessário avaliar de forma multidisciplinar o cuidado de pacientes tanto na fase aguda quanto pós-aguda da COVID-19. Os serviços de saúde necessitam oferecer cuidados em todas as áreas que o paciente precise, além de ofertar desde o início acompanhamento psicológico e, se necessário, psiquiátrico, para melhor cuidado da saúde mental dos indivíduos dos períodos mais aos menos vulneráveis. Além disso, mais estudos nessa área devem ser realizados, de forma randomizada e que sejam de caso-controle, podendo fazer acompanhamento regular dos pacientes para fazer comparações entre os grupos e obter melhor análise de resultados sem presença de vieses de seleção e confundimento.

REFERÊNCIAS

1. Tolba M, Abo Omirah M, Hussein A, Saeed H. Assessment and Characterization of Post-COVID-19 manifestations. *Int J Clin Pract*. 2020;0–2.
2. Cristina A, Lemos B, Alexandre D, Cabetti M. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information. 2020;(January).
3. Nie XD, Wang Q, Wang MN, Zhao S, Liu L, Zhu YL, et al. Anxiety and depression and its correlates in patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2020;0(0):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1791345>
4. Pandemia de doença por coronavírus (COVID-19) - WHO [Internet]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
5. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020;370.
6. Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, Petraroli A, et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *J Int Med Res*. 2020;48(8).
7. Landi F, Gremese E, Bernabei R, Fantoni M, Gasbarrini A, Settanni CR, et al. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(8):1613–20.
8. Ravi Philip Rajkumar. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151415/>
9. Associação AP. DSM-V. 5ª. A G, editor. 2016.
10. Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dan L. Longo JL. *Medicina Interna de Harrison*. 19ª. Artmed M-HE, editor. 2016.
11. OPAS/OMS. Depressão [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
12. Pandemia de COVID-19 e consequências para a saúde mental: revisão sistemática das evidências atuais [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260522/>

13. Economia F De. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19 : potenciais impactos e desafios no Brasil Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic : potential impacts and challenges in Brazil. :2423–46.
14. Barros MB de A, Lima MG, Malta D, Szwarcwald CL, Azevedo RCS de, Romero D, et al. Report of sadness / depression, nervousness / anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic TT - Informe de tristeza/depresión, nerviosismo/ansiedad y problemas de sueño en la población adulta brasileña durante. 2020;29(126):1–11. Available from: file:///scielo.php?script=sci_arttext&pid=https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1028&lang=pt
15. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
16. Cuiyan Wang,¹ Riyu Pan,¹ Xiaoyang Wan,¹ Yilin Tan,¹ Linkang Xu,¹ Cyrus S. Ho,^{2,3} and Roger C. Ho^{1,3,4} *. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China [Internet]. 2020 Mar; 17(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/>
17. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ’ s public news and information . 2020;(January).
18. Gennaro M, Lorenzo R De, Conte C, Poletti S. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ’ s public news and information . 2020;(January).
19. ElSiever. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ’ s public news and information. El Sevier. 2020;(January):19–22.
20. Fontela PC, Abdala FANB, Forgiarini SGI, Forgiarini LA. Quality of life in

- survivors after a period of hospitalization in the intensive care unit: A systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(4):496–507.
21. Rosa RG, Robinson CC, Veiga VC, Cavalcanti AB, De Azevedo LCP, MacHado FR, et al. Quality of life and long-term outcomes after hospitalization for COVID-19: Protocol for a prospective cohort study (Coalition VII). *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(1):31–7.
 22. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Miranda Geelhoed JJ, Knauss S, et al. The post-COVID-19 functional status scale: A tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J* [Internet]. 2020;56(1):10–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>

ANEXOS**ANEXO A - CEP****Considerações Finais a critério do CEP:**

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto. (CAAE: 38281720.2.000.0057).

ANEXO B – TCLE**HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____
 Documento de Identidade nº: _____ Sexo: F () M ()
 Data de Nascimento: /_____/_____
 Endereço: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: () _____ / () _____ / _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “AVALIAÇÃO DA REPERCUSSÃO DA COVID-19 NO APARELHO RESPIRATÓRIO, NA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO E NO ESTADO DE SAÚDE: UMA COORTE PROSPECTIVA”

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: XXX

Cargo/Função:.

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: “**AVALIAÇÃO DA REPERCUSSÃO DA COVID-19 NO APARELHO RESPIRATÓRIO, NA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO E NO ESTADO DE SAÚDE: UMA COORTE PROSPECTIVA**” que irá realizar avaliações e consultas de diversos profissionais de saúde , além de exames complementares para avaliar o impacto que a infecção por COVID 19 trouxe para a sua saúde, de responsabilidade do pesquisador principal o Dr. Marcelo Chalhoub , Pneumologista do Hospital Especializado Octávio Mangabeira . A pesquisa tem como objetivos: realização de ações de avaliação , diagnostico, acompanhamento e orientação interprofissional e multiprofissional a pessoas que foram portadoras da infecção pelo COVID 19 . Na pesquisa, o senhor será solicitado a realizar exams de sangue, testes de exercício, avaliações em saúde, consultas e entrevistas além do preenchimento de dados pessoais, sintomas e opiniões utilizando questionários , além de outros tratamentos e avaliações da medicina, fisioterapia, farmácia,

enfermagem e nutrição visando o tratamento da sua doença respiratória. Os pesquisadores poderão coletar dados dos seus prontuários e fichas que estão guardados no Hospital Especializado Octávio Mangabeira, ondem contém seus exames de sangue, fichas, testes realizados e questionários de sintomas e qualidade de vida preenchidos. A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios de manter o seu tratamento após a infecção respiratória pelo COVID 19, por meio de realização de consultas com profissionais de saúde, que poderão te receitar medicamentos, exercícios, orientar o uso e prevenção de seus sintomas e doenças. -Caso aceite o Senhor(a) será entrevistado e avaliado por profissionais de saúde, que poderão realizar exames de sangue, exames para avaliar os seus pulmões (espirometria, gasometria arterial, radiografia ou tomografia de tórax), exames cardíacos (eletrocardiograma, teste ergométrico ou testes de capacidade física), além de avaliações de rotina em saúde. Na coleta de sangue se usarão agulhas e material estéril e descartável, mas que podem complicar com sangramentos ou infecções. O senhor pode ficar cansado, esgotado ou com falta de ar durante os testes de capacidade física, ou pode se sentir enclausurado quando realizar a tomografia de tórax. _Devido a coleta de informações o senhor poderá ficar constrangido ao seu perguntado sobre detalhes da sua vida ou da sua saúde, poderá ficar incomodado ou mesmo entristecido por meio das perguntas que te possam ser feitas. A **sua participação é voluntária** e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela, e nem prejuízo ao cuidado da sua saúde se o senhor não quiser participar antes ou durante o estudo de uma ou de todas as avaliações e exames. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e portanto o Sr(a) não será identificado. Caso queira (a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a **pesquisadora ou com a instituição**. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e o Sr caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira o Sr (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

IV. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Marcelo Chalhoub

Endereço: Praça Conselheiro João Alfredo S/N Pau Miúdo Salvador/ Bahia CEP: 40 320 - 350. **Telefone:** (71) 3117 - 1610 **E-mail:** marcelocha@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador(a) sobre os objetivos benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa “**AVALIAÇÃO DA REPERCUSSÃO DA COVID-19 NO APARELHO RESPIRATÓRIO, NA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO E NO ESTADO DE SAÚDE: UMA COORTE PROSPECTIVA**”, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

FICHA DE PRIMEIRA CONSULTA CENTRO PÓS-COVID-19 DO HEOM

IDENTIFICAÇÃO			
01. Data da consulta: ____/____/____			
02. Nome do paciente:			
03. Registro:			
04. Sexo: [0] Feminino [1] Masculino			
05. Cor avaliada: [1] Preta [2] Branca [3] Parda [4] Amarela [5] Vermelha			
06. Data de nascimento: ____/____/____		07. RG:	
08. Telefone: ()		09. E-mail:	
10. Município onde Reside:		11. UF:	
12. Trabalhador da área de saúde: [0] não [1] sim Outra profissão: _____			
DIAGNÓSTICO DE COVID-19			
13. Data do início dos sintomas: ____/____/____			
14. Data da coleta do exame diagnóstico: ____/____/____			
15. Método do diagnóstico: [1] RT-PCR [2] Sorologia IgM/IgG [3] Teste Rápido (IgM/IgG) [4] Clínica + TC [5] Não sabe			
SINTOMAS APRESENTADOS NA FASE AGUDA			
16. Febre ≥ 5 dias	[0] Não [1] Sim [2] NS	Tempo:	[0] < 5 dias [1]
17. Tosse	[0] Não [1] Sim [2] NS		
18. Dor no corpo	[0] Não [1] Sim [2] NS		
19. Cefaleia	[0] Não [1] Sim [2] NS		
20. Dispneia	[0] Não [1] Sim [2] NS		
21. Diarreia	[0] Não [1] Sim [2] NS		
22. Náuseas/ vômitos	[0] Não [1] Sim [2] NS		
23. Alteração do olfato	[0] Não [1] Sim [2] NS		
24. Alteração do paladar	[0] Não [1] Sim [2] NS		
25. Fadiga	[0] Não [1] Sim [2] NS		
26. Dor torácica	[0] Não [1] Sim [2] NS		
27. Outro sintoma	[0] Não [1] Sim	Descrição:	_____
QUADRO CLÍNICO ATUAL			
28. Tosse] Sim	[0] Não [1] Sim	Expectoração:	[0] Não [1]
29. Dor no corpo	[0] Não [1] Sim		
30. Dispneia	[0] Não [1] Sim	mMRC:	_____
31. Anosmia	[0] Não [1] Sim		
32. Ageusia	[0] Não [1] Sim		
33. Fadiga	[0] Não [1] Sim		
34. Dor torácica	[0] Não [1] Sim		

35. Ansiedade	[0] Não [1] Sim	
36. Humor deprimido	[0] Não [1] Sim	
37. Perda de peso	[0] Não [1] Sim	Quanto (kg): _____
38. Anorexia	[0] Não [1] Sim	
39. Disfagia	[0] Não [1] Sim	
40. Disfonia	[0] Não [1] Sim	
41. Outro sintoma:	[0] Não [1] Sim	Descrição: _____
HOSPITALIZAÇÃO		
42. Internamento:	[0] Não [1] Sim	
43. Tempo entre início dos sintomas e internamento (dias):	_____	
44. Data do internamento:	____/____/____	
45. Data da alta:	____/____/____	
46. Quantidade de dias internado:		
47. Hospital:	[1] ICOM [2] HGESF [3] HE [4] Itaigara Memorial [5] Wet 'n Wild [6] Santa Clara [7] Outro:	
48. UTI:	[0] Não [1] Sim	Tempos em dias: ()
49. Oxigenioterapia:	[0] Não [1] Sim	Tempo em dias: ()
50. VM	[0] Não [1] Sim	Tempo em dias: ()
51. Traqueostomia:	[0] Não [1] Sim	
52. Diálise:	[0] Não [1] Sim	
53. Nutrição enteral:	[0] Não [1] Sim	
54. TEV:	[0] Não [1] Sim	[1] TVP [2] TEP [3] TVP / TEP
55. Trombose arterial:	[0] Não [1] Sim	
56. Pneumonia hospitalar:	[0] Não [1] Sim	
57. Choque circulatório:	[0] Não [1] Sim	
58. Outros:	-	

TRATAMENTO		
59. Cloroquina/ HCL:	[0] Não [1] Sim	
60. Ivermectina:	[0] Não [1] Sim	
61. Azitromicina:	[0] Não [1] Sim	
62. Corticoide:	[0] Não [1] Sim	Tempo: [1] < 10 dias [2] ≥ 10 dias
63. Anticoagulante:	[0] Não [1] Sim	Regime: [1] Profilático [2] Terapêutico
64. Outro:	_____	

HÁBITOS DE VIDA		
65. Fuma ou já fumou?	[1] Nunca fumou [2] Ex-fumante [3] Fumante atual	Carga tabágica: _____ A/M
66. Etilista?	[0] Não [1] Social [2] Diário	
ANTECEDENTES MÉDICOS		
67. Cardiopatia:	[0] Não [1] Sim	
68. HAS:	[0] Não [1] Sim	
69. Asma Brônquica:	[0] Não [1] Sim	
70. DPOC:	[0] Não [1] Sim	
71. Outra doença respiratória:	[0] Não [1] Sim	Qual? _____

72. Diabetes Mellitus:	[0] Não [1] Sim	Insulina: [0] Não [1] Sim
73. Doença Renal crônica:	[0] Não [1] Sim	Diálise: [0] Não [1] Sim
74. Neoplasia atual:	[0] Não [1] Sim	
75. Doença neurológica:	[0] Não [1] Sim	
76. Doença psiquiátrica:	[0] Não [1] Sim	[1] Ansiedade [2] Depressão [3] Outro
77. HIV:	[0] Não [1] Sim	
78. Outra comorbidade:	[0] Não [1] Sim	_____
VACINAÇÃO		
79. Nos últimos 12 meses tomou a vacina contra a Gripe (influenza)?	[0] Não [1] Sim	
80. Nos últimos 5 anos tomou a vacina contra a pneumonia?	[0] Não [1] Sim	
81. Tomou BCG?	[0] Não [1] Sim	
EXAME FÍSICO		
82. Peso (kg):	83. Altura (m):	84. IMC:
85. FC:	86. FR:	87. PA:
88. SpO2 % (ar ambiente) em repouso:		
89. Aparelho Respiratório:	[0] Normal [1] Alterado.	
Descrição: _____		
90. Ruídos Adventícios:	[1] Creptos [2] Sibilos [3] Roncos [4] Ausentes	
91. Aparelho CV:	[0] Normal [1] Alterado.	
Descrição: _____		
92. Abdome:	[0] Normal [1] Alterado.	
Descrição: _____		
93. Extremidades:	[0] Normal [1] Alterado.	
Descrição: _____		
94. Neurológico:	[0] Normal [1] Alterado.	
Descrição: _____		
95. Sonda enteral	[0] Não [1] Sim	
96. Traqueostomia	[0] Não [1] Sim	
97. Gastrostomia	[0] Não [1] Sim	
EXAMES DE IMAGEM		
98. Radiografia de Tórax :	[0] Não [1] Sim	Data: ____/____/____
99. Alteração Radiografia de Tórax:	[1] Consolidação [2] DP [3] Infiltrado difuso	
100. Tomografia de Tórax (1):	[0] Não [1] Sim	Data: ____/____/____
101. Aparência da TC de Tórax:	[1] Típica [2] Indeterminada [3] Atípica [4] Negativa para PV [5] TEP	
102. Tomografia de Tórax (2):	[0] Não [1] Sim	Data: ____/____/____
103. Aparência da TC de Tórax:	[1] Típica [2] Indeterminada [3] Atípica [4] Negativa para PV [5] TEP	
104. Quantificação das alterações da TC de Tórax:	[1] < 25% [2] 25-50% [3] > 50%	
105. Outra alteração que não COVID-19:	[0] Não [1] Sim	
Descrição: _____		

ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO DA PSICOLOGIA

CPC - AVALIAÇÃO INICIAL PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS
Acompanhamento psicológico durante o internamento: (1) NÃO (2) SIM
Contato com a família durante o internamento: (1) NÃO (2) SIM
Alterações do sono após o adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Alterações do apetite após o adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Comprometimento das atividades diárias após o adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Perda da autonomia em virtude do adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Sentimento de desvalia em virtude do adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Pensamentos recorrentes sobre a própria saúde: (1) NÃO (2) SIM
Pensamentos recorrentes sobre a saúde da família: (1) NÃO (2) SIM
Pensamentos recorrentes sobre trabalho e renda: (1) NÃO (2) SIM
Pensamentos recorrentes sobre morte: (1) NÃO (2) SIM
Medo da morte associado ao adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Morte de familiares ou de sua rede próxima/ significativa em virtude da Covid – 19: (1) NÃO (2) SIM
Pensamentos/Ideações/Conduitas suicidas: (1) NÃO (2) PRÉVIO AO ADOECIMENTO (3) POSTERIOR AO ADOECIMENTO
Abuso de substâncias psicoativas: (1) NÃO (2) PRÉVIO AO ADOECIMENTO (3) POSTERIOR AO ADOECIMENTO
Acompanhamento psicológico prévio ao adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Acompanhamento psiquiátrico prévio ao adoecimento: (1) NÃO (2) SIM
Uso de psicofármacos: (1) NÃO (2) PRÉVIO AO ADOECIMENTO (3) POSTERIOR AO ADOECIMENTO
ESCALAS
HAD – ansiedade: _____
HAD – depressão: _____
PCL-C: _____
MEEM: _____
ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO
[1] NÃO [2]SIM

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EUROQOL

Questionário de saúde

Versão em Português para o Brasil

(Portuguese version for Brazil)

Abaixo de cada título, por favor marque O quadrado que melhor descreve sua saúde HOJE.

MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar
- Tenho problemas leves em andar
- Tenho problemas moderados em andar
- Tenho problemas graves em andar
- Sou incapaz de andar

CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas para me lavar ou me vestir
- Tenho problemas leves para me lavar ou me vestir
- Tenho problemas moderados para me lavar ou me vestir
- Tenho problemas graves para me lavar ou me vestir
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

ATIVIDADES HABITUAIS *(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)*

- Não tenho problemas em realizar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas leves em realizar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas moderados em realizar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas graves em realizar as minhas atividades habituais
- Sou incapaz de realizar as minhas atividades habituais

DOR / MAL ESTAR

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar leves
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar fortes

Tenho dores ou mal-estar extremos

ANSIEDADE / DEPRESSÃO

Não estou ansioso/a ou deprimido/a

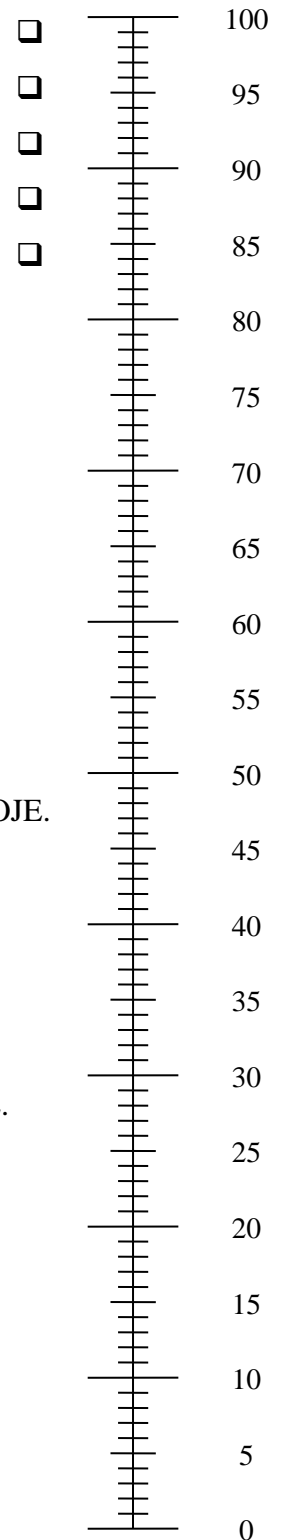
Estou levemente ansioso/a ou deprimido/a

Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a

Estou muito ansioso/a ou deprimido/a

Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

A melhor saúde
que você possa
imaginar



A SUA SAÚDE HOJE =

- Nós gostaríamos de saber o quão boa ou ruim a sua saúde está HOJE.
- Esta escala é numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que você possa imaginar.
0 significa a pior saúde que você possa imaginar.
- Marque um X na escala para indicar como a sua saúde está HOJE.
- Agora, por favor escreva no quadrado abaixo o número que você marcou na escala.

A pior saúde que
você possa
imaginar

ANEXO F – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca