

ORIGINAL ARTICLE/ ARTIGO ORIGINAL

Consulta *Follow-up* COVID, no Baixo Alentejo Follow-up COVID Appointment, in Baixo Alentejo

Ⓛ ANA PEDRO SOUSA E COSTA*¹, Ⓛ VASCO NOGUEIRA¹, Ⓛ AFONSO GOUVEIA¹, Ⓛ PAULO BARBOSA¹,
Ⓛ ANA MATOS PIRES¹

1. Departamento de Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, ULSBA, Beja, Portugal

ABSTRACT

Introduction: There are several reasons why the pandemic can have consequences on mental health. The creation of a follow-up appointment for COVID patients aimed to assess their clinical status and assess therapy needs.

Methods: Patients over 18 years old with COVID-19 from the ULSBA area were referred to this appointment. Psychiatric sequelae were assessed using the Brief Symptom Inventory and the Clinical Global Impression. The Montreal Cognitive Assessment was also applied to patients who presented conditions suggestive of cognitive decline.

Results: Four outcomes were identified: patients with no previous history of mental illness, who did not develop neuropsychiatric sequelae, so they were discharged; patients with previously identified mental illness who do not present changes, maintaining their usual appointment; patients with a history of mental illness in an acute crisis or without recent follow-up due to the pandemic, who were referred to their usual outpatient psychiatric appointment; and patients with no previous history of mental illness who, in the standardized assessment, present psychopathology, for which reason they began psychiatric follow-up.

Conclusion: This appointment made it possible to monitor 98 patients, with satisfactory results in the early identification of neuropsychiatric sequelae. Whenever necessary, follow-up was carried out in a specialist consultation.

RESUMO

Introdução: Existem várias razões pelas quais a pandemia pode ter consequências na saúde mental. A criação de uma consulta de seguimento de doentes COVID teve como objetivo avaliar o seu estado clínico e aferir as necessidades de seguimento e terapêutica.

Métodos: Foram referenciados doentes com mais de 18 anos, com COVID-19, da área de abrangência da ULSBA. As sequelas psiquiátricas foram avaliadas aplicando a *Brief Symptom Inventory* e a *Clinical Global Impression*. Aos doentes que apresentavam quadros sugestivos de declínio cognitivo foi ainda aplicado o *Montreal Cognitive Assessment*.

Resultados: Foram identificados quatro *outcomes*: doentes sem história pregressa de doença mental, que não desenvolveram sequelas neuropsiquiátricas, pelo que tiveram alta; doentes com doença mental previamente identificada que não apresentam alterações, mantendo o seu seguimento habitual; doentes com história pregressa de doença mental em crise aguda ou sem seguimento recente devido à pandemia, que foram encaminhados para o seu acompanhamento psiquiátrico ambulatório habitual; e doentes sem história pregressa de doença mental que, na avaliação estandardizada apresentam psicopatologia, pelo que iniciaram acompanhamento psiquiátrico.

Conclusão: Esta consulta permitiu monitorizar 98 doentes, com resultados satisfatórios na identificação precoce de sequelas neuropsiquiátricas. Sempre que necessário, foi feito o acompanhamento em consulta da especialidade.

Recebido/Received: 2023-03-30

Aceite/Accepted: 2023-06-24

Publicado Online/Published Online: 2023-06-24

Publicado/Published: 2024-12-30

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Ana Pedro Sousa e Costa | Rua da Liberdade nº38 Algar Carvalhais de Baixo, 3040-656 Assafarge, Coimbra | anapedrocosta92@gmail.com

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Psychiatry and Mental Health 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. © Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

Keywords: COVID-19/complications; Cognitive Dysfunction; Mental Health; Neuropsychological Tests

Palavras-chave: COVID-19/complicações; Disfunção Cognitiva; Saúde Mental; Testes Neuropsicológicos

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 ficará para sempre marcado pela pandemia da COVID-19.

O vírus SARS-CoV-2 foi identificado em dezembro de 2019 e, a 12 de março de 2020, foi decretado o estado de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram rapidamente adotadas estratégias preventivas, com o objetivo de diminuir a incidência da doença. A 2 de março de 2020 foi identificado o primeiro caso de COVID-19 em Portugal. As consequências do vírus SARS-CoV-2 são, apesar de ainda não totalmente conhecidas na totalidade, inegavelmente devastadoras, quer a nível social e económico, quer a nível da saúde física e mental.

Existem várias razões pelas quais a pandemia pode ter consequências na saúde mental. Algumas delas estão relacionadas com o seu impacto social. As decisões governamentais foram importantes, mas difíceis, porque implicaram a procura de um equilíbrio entre o binómio saúde pública e consequências sociais, determinantes importantes da saúde mental geral.

A situação pandémica de COVID-19 determinou mudanças nas nossas rotinas habituais, tanto pessoais como laborais. Com o isolamento social e o distanciamento, deixámos de estar em contacto com familiares e amigos, aumentando a possibilidade de stresse e reações ansiosas e depressivas. Como agravante, o encerramento ou a limitação a algumas atividades comerciais, teve grande impacto económico e, em alguns casos, levou ao desemprego. Estes fatores, juntamente com o medo e a incerteza da progressão da COVID-19, tiveram repercussões psicológicas.¹⁻³

Tanto as pessoas que contraíram a doença como as que não adoeceram ficaram suscetíveis a estas consequências.

Os infetados pelo vírus SARS-CoV-2 são ainda mais vulneráveis, não só pelas consequências orgânicas da infeção, mas também pela forma como experienciaram e geriram a doença do ponto de vista emocional, em particular a preocupação pelo *outcome* da sua doença e o estigma de ter tido COVID-19.^{1,4}

A COVID-19, como outras infeções virais, podem afetar o sistema nervoso central (SNC), desencadeando síndromes neuropsiquiátricas que incluem problemas em diferentes domínios - cognitivo, afetivo, comportamental e percetivo. Estas síndromes neuropsiquiátricas podem surgir pelo efeito direto da infeção do SNC ou como consequência da resposta imunológica.⁴

Muitas das pessoas afetadas pela COVID-19 desenvolveram doença crítica, o que resultou em hospitalização em Unidades de Cuidados Intensivos.

Sabe-se hoje que a doença crítica resulta de múltiplos fatores, que implica risco de vida, exigindo habitualmente cuidados intensivos, que pode estar associada a aumento da incidência de problemas psiquiátricos, alguns dos quais consequência do impacto psicológico do trauma.⁴

Tem-se dado cada vez mais atenção às sequelas físicas e psiquiátricas resultantes de doença crítica. São observadas alterações cognitivas em 30%-80% dos doentes, alterações estas que acontecem a nível da memória, processamento, planeamento, resolução de problemas e perceção visuo-espacial. A depressão, a ansiedade e as perturbações do sono são complicações que podem durar meses ou anos. Dos doentes, 10% a 50% desenvolvem sintomas compatíveis com perturbação do stresse pós-traumático.⁵

Pelo previamente exposto, é seguro afirmar que uma pessoa não infetada pela COVID-19 pode sofrer consequências psiquiátricas reativas, resultantes, nomeadamente, do impacto social da pandemia. Em alguém que foi infetado da COVID-19 acrescem os já referidos riscos resultantes do impacto orgânico e psicológico, particularmente relevantes e possíveis no caso da doença crítica.

Além do supracitado, estudos recentes mostram que a própria COVID-19 está associada a um conjunto de sintomas persistentes: fadiga, dispneia, dor torácica, alterações cognitivas, artralgia e declínio da qualidade de vida, levando ao reconhecimento de uma síndrome de COVID-19 pós aguda. Esta síndrome é caracterizada por sintomas persistentes para além de quatro semanas, com potencial envolvimento multiorgânico e provável necessidade de acompanhamento multidisciplinar.⁶

A síndrome de COVID-19 pós aguda, em termos neuropsiquiátricos, inclui sintomas persistentes como fadiga, mialgia, cefaleia, disautonomia e alterações cognitivas. O compromisso cognitivo foi observado com e sem flutuações, incluindo o *brain fog*, que pode manifestar-se com dificuldades na concentração, memória, linguagem recetiva e/ou função executiva. Ansiedade, depressão, perturbação do sono e perturbação de stresse pós-traumático foram reportados em 30%-40% dos sobreviventes da COVID-19.⁶ Assim, desenvolveu-se uma consulta multidisciplinar, que envolve as especialidades de Medicina Interna, Medicina Física e de Reabilitação e Psiquiatria, centrada na pessoa, no impacto da doença na funcionalidade, nas atividades da vida diária, na autonomia, e, por conseguinte, na reabilitação física, cognitiva e psicológica do indivíduo.

A criação desta consulta, cujo objetivo foi avaliar o estado clínico do doente COVID e aferir as suas necessidades de seguimento clínico e terapêutico, teve grande importância, não só porque permitiu uma maior aprendizagem sobre a evolução natural desta doença, mas também porque determinou a possibilidade de atuar precocemente nas eventuais complicações e sequelas e, deste modo, prevenir futuras complicações decorrentes da COVID-19.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram referenciados a esta consulta doentes com mais de 18 anos, com COVID-19, da área de abrangência da

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), com doença crítica, grave e moderada com bom *performance status* (0-2)**, e com doença ligeira, que seis a oito semanas após a infeção ainda mantinham cansaço fácil ou dispneia. As possíveis sequelas psiquiátricas foram avaliadas pela equipa de Psiquiatria aplicando o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e o *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S). Todos os doentes que reportaram queixas mnésicas na primeira avaliação foram convocados para comparecerem numa segunda consulta, no decorrer da qual foi aplicado o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

a. BSI

Foi utilizado o BSI por ser um instrumento de rastreio de *distress* psicológico aplicável a populações clínicas e da comunidade. É composto por nove dimensões de sintomas primários: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Inclui três índices globais de *distress* - índice geral de sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP) e índice de sintomas positivos (ISP) -, que medem o nível geral de *distress* psicológico, a intensidade dos sintomas e o número de sintomas auto-relatados.⁷

b. CGI-S

O CGI-S foi escolhido por ser um instrumento conciso para avaliar a gravidade da doença mental através da impressão clínica do médico, atribuindo uma classificação numérica entre 0 e 7. 0 corresponde a “Desconhecido”, 1 a “Normal, sem doença”, 2 a “Quadro sublimiar, problema subdiagnóstico”, 3 a “Ligeiramente doente”, 4 a “Moderadamente doente”, 5 a “Muito doente”, 6 a “Gravemente doente” e finalmente 7 a “Doença extremamente grave”.

c. MoCA

O MoCA por ter sido concebido como um instrumento de *screening*, com o objetivo de detetar o défice cognitivo. Neste teste de *screening* os participantes realizam 11 tarefas, para um total de 30 pontos, sendo avaliados em diferentes domínios cognitivos. O MoCA avalia de forma breve a orientação, a alternância conceptual, as capacidades visuo-construtivas, a linguagem (nomeação, repetição e fluência verbal), a memória (evocação imediata e diferida), a atenção/concentração e a abstração. O tempo de aplicação total é de cerca de 15 minutos. A soma das pontuações permite-nos obter um valor geral, que será depois comparado com um ponto de corte para verificação da existência ou não de um provável défice cognitivo. O procedimento de aplicação e cotação (sendo os pontos de corte de acordo com a idade e anos de escolaridade do indivíduo em causa) foi feito de acordo com o artigo de aferição do

MoCA para a população portuguesa.⁸ Consideraram-se dois desvios-padrão do ponto de corte para a aferição do declínio cognitivo, tal como estabelecido por Freitas *et al*,⁸ para a população portuguesa.

RESULTADOS

Esta consulta realizou-se entre abril e dezembro de 2021. Foram monitorizados 98 doentes (apenas 81 com dados completos), 45 do género masculino (55,56%) e 36 do género feminino (44,44%), com idade média de 59,88 anos e com amplitude entre os 19 e os 87 anos. Destes, 66 estiveram internados (81,48%) com uma média de 12,41 dias de internamento. No que diz respeito à gravidade da doença, 15 doentes apresentaram doença ligeira (18,52%), 9 moderada (11,11%), 46 grave (56,79%) e, por último, 11 doença crítica (13,58%). Apenas 9 doentes tinham seguimento prévio em consulta de psiquiatria.

No que diz respeito ao BSI, os resultados estão apresentados na Fig. 1. A “população COVID” representa a média dos resultados obtidos pelos sujeitos consulta *follow-up* COVID. Foram excluídos dois indivíduos por preenchimento incompleto do instrumento, perfazendo um total de 79 indivíduos.

Quanto ao CGI, foi atribuído grau 1 a 36 (44,44%), grau 2 a 19 destes (23,46%), grau 3 a 19 doentes (23,46%), grau 4 a 6 doentes (7,41%) e por último, foi atribuído grau 5 a 1 doente (1,24%). Não foram atribuídos os graus 0, 6 e 7 a qualquer doente.

Foram identificados quatro *outcomes* apresentados (Fig. 2): doentes sem história pregressa de doença mental e que não desenvolveram sequelas neuropsiquiátricas (n=59, 72,84%), pelo que tiveram alta; doentes com doença mental previamente identificada que não apresentaram alterações (n=4, 4,94%), mantendo o seu seguimento habitual (“manter”); doentes com história pregressa de doença mental em crise aguda ou sem seguimento recente devido à pandemia (n=1, 1,24%), que foram encaminhados para o seu acompanhamento psiquiátrico ambulatorial habitual (“retomar”); doentes sem história pregressa de doença mental que, na avaliação estandardizada, apresentaram psicopatologia (n=17, 20,99%), pelo que iniciaram acompanhamento psiquiátrico (“iniciar”).

20 doentes reportaram queixas mnésicas e, por isso, foram contactados para uma segunda consulta, à qual compareceram 16. Um deles, por não apresentar escolaridade, não pode ser avaliado pelo MoCA (n=15).

** Utilizada a escala ECOG-OS para estratificação do *performance status*:

0 – atividade normal

1 – sintomas de doença, mas deambula e realiza as suas atividades normalmente

2 – fora do leito mais de 50% do tempo

3 – no leito mais de 50% do tempo

4 – restrito ao leito

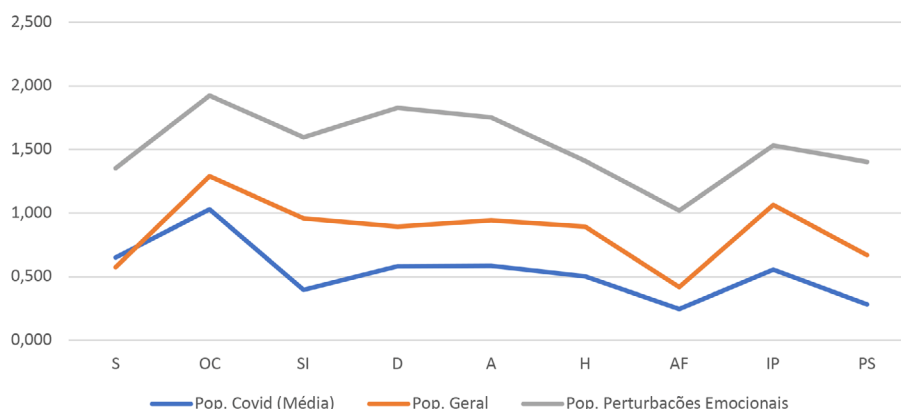


Figura 1. BSI (população COVID-19) versus BSI (população geral) versus BSI (população perturbações emocionais)

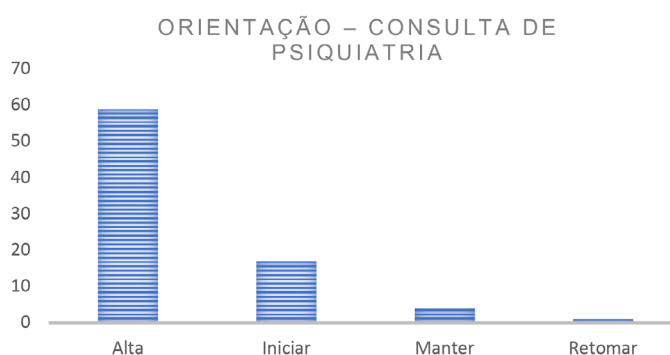


Figura 2. Distribuição por orientação

DISCUSSÃO

A “população COVID” apresenta valores inferiores aos da população geral para todas as dimensões, exceto para a somatização. A somatização é uma dimensão que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático. Isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer sistema com mediação autonómica. Na população com perturbações emocionais, esta dimensão apresenta-se elevada porque representa equivalentes somáticos da ansiedade. É expectável que a população COVID-19 apresente este tipo de queixas, contudo, tal poderá dever-se mais a sequelas da COVID-19 – desmaios ou tonturas, dores sobre o peito, mal-estar, calafrios e falta de força - e menos à somatização de sofrimento ou angústia mental.

De acordo com o ponto de corte estabelecido por Freitas *et al.*,⁸ para a população portuguesa baseada em 2 desvios-padrão, seis doentes apresentaram declínio cognitivo (40%), o que representa 7,40% dos 81 doentes iniciais.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram-se satisfatórios na identificação precoce de sequelas neuropsiquiátricas. Sempre que necessário, foi assegurado o acompanhamento em consulta. A criação desta consulta foi importante, não só para aprendermos mais sobre a evolução natural desta doença, como para podermos atuar precocemente nas sequelas, por forma a prevenir futuras complicações decorrentes da COVID-19.

PRÉMIOS E APRESENTAÇÕES/ PRESENTATIONS AND AWARDS

Este trabalho foi apresentado na forma de comunicação oral no “9º Congresso da A.P.A. Reflexões”, Castelo de Vide, 2- 4 junho 2022.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

APSC, VN, AG, PG e AMP: Conceção e desenho, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação de dados; Elaboração do artigo e revisão crítica do conteúdo; Aprovação da versão final a ser publicada.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

APSC, VN, AG, PG and AMP: Conception and design, or data acquisition, or data analysis and interpretation; Drafting the article and critically reviewing the content; Approval of the final version to be published.

Referências

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
2. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:547-60. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
3. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11:790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790.
4. Arciniegas DB, Anderson CA. Viral encephalitis: neuropsychiatric and neurobehavioral aspects. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6:372-9. doi: 10.1007/s11920-004-0024-x.
5. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. *Crit Care Med*. 2016;44:381-5. doi: 10.1097/CCM.0000000000001531.
6. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021;27:601-15. doi: 10.1038/s41591-021-01283-z.
7. Drobnyak S. Brief Symptom Inventory. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer: New York; 2013.
8. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2011;33:989-96. doi: 10.1080/13803395.2011.589374.