

Impactos da Pandemia da Covid-19 na Saúde Mental



Organizadores:

José Aparecido Da Silva

Rosemary Conceição dos Santos

Juliana Almeida Da Silva

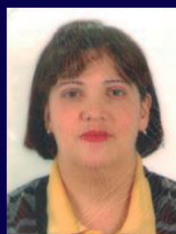
Francisco dos Santos Cardoso

Luís Antônio Monteiro de Campos

ESCRITA LIVROS



José Aparecido da Silva, Professor Titular Sênior do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Líder e Pesquisador do Laboratório Virtual de Cognição e Leitura (LAVCOGL) da USP-RP.



Rosemary Conceição dos Santos, Pós-Doutora em Cognição e Leitura pela USP-RP. Pesquisadora do Laboratório Virtual de Cognição e Leitura (LAVCOGL) da USP-RP.



Juliana Almeida da Silva
Concluiu o pós-doutorado em Ciências Biológicas área de concentração: Farmacologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (2018). Atuação em Farmacologia e Neuroanatomia, com ênfase em Neuropsicofarmacologia,



Francisco dos Santos Cardoso, Doutor em Psicologia, Professor e Investigador na UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses – OPP.



Luís Antonio Monteiro Campos
Possui graduação em Engenharia Agrônômica pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1986), graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992), mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001).

Impactos da Pandemia da Covid-19 na Saúde Mental

Impactos da Pandemia da Covid-19 na Saúde Mental

Organizadores

José Aparecido Da Silva

Rosemary Conceição dos Santos

Juliana Almeida Da Silva

Francisco dos Santos Cardoso

Luís Antônio Monteiro de Campos

Ribeirão Preto / SP
2022

Impactos da Pandemia da Covid-19 na Saúde Mental

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental /
organização José Aparecido Da Silva ...
[et al.]. -- Ribeirão Preto, SP : Escrita Livros,
2021.

ISBN 978-85-53057-27-6

1. COVID-19 - Pandemia 2. Saúde mental I. Silva,
José Aparecido Da.

21-90709

CDD-614.44

Índices para catálogo sistemático:

1. COVID-19 : Pandemia : Controle e prevenção :
Saúde pública 614.44

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



UnilaSul



Instituto Brasileiro de
Inteligência e Comunicação

utad



ESCRITA LIVROS

1º ENCONTRO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E
AS REAÇÕES PSICOLÓGICAS E NEUROLÓGICAS À COVID-19
30/03 a 01/04, das 8h às 20h

UNIDOS PELA **VACINA**
#unidospelavacina



ESCRITA LIVROS
escritaconsultoria@ig.com.br

CONSELHO EDITORIAL

Célia Maria David (UNESP)
Christie Ramos Andrade Leite Panissi (USP)
Cláudio Roberto Neri (USP)
Ederaldo José Lopes (UFU)
Edson Santos Silva (UNICENTRO)
Fernando E. Padovan Neto (USP)
Flávia Maria Ferraz Sampaio Corradin (USP-SP)
Francis Ricardo dos Reis Justi (UFJF)
Francisco dos Santos Cardoso (UTAD-Portugal/OPP-Portugal)
Francisco Mauad Filho (FATESA)
Hilda Maria Gonçalves da Silva (UNESP)
João Adolfo Hansen (USP)
Joaquim Carlos Rossini (UFU)
José Aparecido Da Silva (USP)
Juliana Almeida da Silva (USP-RP)
Kelly Giacchero (EERP)
Lisiane Bizarro Araújo (UFRS)
Luis Antônio Monteiro Campos (PUC-Rio/ UnilaSalle-Rio)
Milton Vasconcelos (UFRGS)
Marck de Souza Torres (UFAM)
Maria Angela G. Feitosa (UNB)
Maria Lucia de Bustamante Simas (UFPE)
Patrícia Neder (UEPA)
Rosemary Conceição dos Santos (USP)
Sergio Sheiji Fukusima (USP)
Thiago Gomes Heck (UNIJUÍ)
William Barbosa Gomes (UFRS)

“O homem saudável é aquele que possui um estado mental e físico em perfeito equilíbrio.”

Hipócrates, médico e filósofo da Grécia Antiga, considerado o pai da Medicina.”

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	<i>xiii</i>
<i>Histórias de pandemias: Presente do passado e passado do presente</i> <i>Lilia Moritz Schwarcz</i>	1
<i>Atendimento e Intervenção Psicológica durante a Covid-19 em Moçambique: uma reflexão sobre o Fluxograma e os Desafios do Tele-atendimento</i> <i>José Salinas Reginaldo</i>	31
<i>Constança Manuel, a infeliz princesa que teria sido vitimada pela peste negra: ponto de partida para pensar a(s) pandemia(s) no contexto português</i> <i>Flavia Maria Corradin</i>	45
<i>Estudios relacionados con el COVID-19 y la salud mental de la población española</i> <i>Alejandro Carriedo Cayón</i>	57
<i>Síndrome pós-covid-19: Aspectos cognitivos e neurológicos</i> <i>Marcelo Neubauer</i>	75
<i>La investigación em salud mental en el Perú, en condiciones de pandemia por el Covid 19: Panorama actual</i> <i>Héctor Hugo Sánchez Carlessi e Katia Mejía Sáenz</i>	87
<i>A trajetória dos “Psicólogos Brasileiros Online” no fomento à saúde mental de brasileiros fora do território nacional durante a pandemia da COVID-19</i> <i>Ana Lúcia Gonçalves, José Augusto Goldoni e Primo Paganini</i>	103
<i>Ajustamento Psicológico e Saúde Mental na Pandemia da Covid-19</i> <i>Walter Lisboa, Daiane Nunes, Zenith Nara Costa Delabrida e André Faro</i>	117
<i>Ações de intervenção psicológica durante a COVID-19 no Amazonas: articulações, desenvolvimento e desafios</i> <i>Marck de Souza Torres, Denise Machado Duran Gutierrez, Sonia Maria Lemos e Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato</i>	143

<i>A literacia na promoção da saúde mental e prevenção da violência autoinfligida</i>	
<i>Kelly Graziani Giaccherro Vedana, Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso, Aline Conceição Silva e Camila Corrêa Matias Pereira</i>	163
<i>As múltiplas violências nas cidades e florestas da amazônia e o impacto na saúde mental com a pandemia a COVID-19</i>	
<i>Eunápio Dutra do Carmo, Milene Maria Xavier Veloso e Patrícia Regina Bastos Neder</i>	181
<i>Resiliência psicológica em enfermeiros portugueses durante a COVID -19: regulação emocional, nível de depressão e stress peritraumático</i>	
<i>Célio de Carvalho Pinto e Francisco dos Santos Cardoso</i>	207
<i>Análise cientométrica, revisão sistemática e metanálise qualitativa: trabalhadores da saúde, COVID-19, saúde mental e segurança no trabalho</i>	
<i>Tatiana de Lucena Torres, Thaís Augusta de Oliveira Máximo e Rian Enedino Pereira Cruz</i>	229
<i>Impacto da pandemia na saúde mental, nível de ansiedade e reflexos na exposição ao vírus: uma análise de amostra brasileira durante a pandemia da COVID-19</i>	
<i>Leticia Paranhos Rios e Vicente Cassepp-Borges</i>	247
<i>Impacto da pandemia na saúde mental em diferentes faixas etárias: perspectivas sobre a ansiedade, depressão e educação no contexto brasileiro</i>	
<i>Roberta Monteiro Incrocci, Lívea Dornela Godoy, Raquel Messi Falcowski, Fabiana Maris Versuti e Fernando Eduardo Padovan Neto</i>	265
<i>Saúde Mental e Sobrecarga Emocional de Profissionais de Saúde do Brasil envolvidos no Atendimento a Portadores de Covid-19: Resultados Parciais do Estudo MENTALvid</i>	
<i>Isabella Lara Machado Silveira, Flavia de Lima Osório e Sonia Regina Loureiro</i>	285
<i>Todos sofremos e todos precisamos trabalhar! Cenários e experiências da primeira onda de COVID-19 no Brasil</i>	
<i>Mayra Antonelli-Ponti, Roberta Olivério-Naegeli, Adriely Lopes de Oliveira, Jaqueline Basilio Lupi, André Nicolau</i>	306

<i>Emoções, Humor e Sofrimento Psicológico na pandemia de Covid-19 no Brasil</i>	
<i>Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Lucas Arrais de Campos, Bianca Gonzalez Martins e João Marôco</i>	327
<i>Perda e pandemia: especificidades do luto no contexto da COVID-19</i>	
<i>Daiane Rosa Nunes, Rafael Trevizoli Neves, Adriana Aparecida Fregonese e Silvia Maria Cury Ismael</i>	351
<i>Visitas virtuais em terapia intensiva: Uma possibilidade de conexão entre pacientes e familiares</i>	
<i>Daiane Rosa Nunes, Evaldo de Jesus Junior, Mônica Alves Verlings, Rafael Trevizoli Neves, Adriana Aparecida Fregonese e Silvia Maria Cury Ismael</i>	381
<i>Comprometimento Cognitivo e Neuropsicológico: Efeitos da infecção pela COVID-19</i>	
<i>Mariana Rezende Alves de Oliveira, Tatiane Santana Prado Ferraresi, José Aparecido da Silva e Rosemary Conceição dos Santos</i>	397
<i>Posfácio</i>	
<i>A saúde mental durante e após a era das vacinas da Covid-19</i>	409
<i>Colaboradores</i>	413

APRESENTAÇÃO

Minha história com a psicologia das pandemias é anterior ao surgimento da pandemia da Covid-19 que ora assola o mundo e, em particular, o nosso gigante Brasil. Em 2018, interessei-me em investigar os efeitos de algumas doenças infecciosas, tais como malária, rubéola, varíola e dengue, entre outras, sobre as funções cognitivas na humanidade, especialmente sobre a inteligência. Em especial, queria conhecer o impacto das mesmas nas habilidades cognitivas das crianças brasileiras mais vulneráveis e como as mesmas impactavam não só o desempenho escolástico, mas, também, o desenvolvimento econômico da nação, tal como refletido pelo PIB.

Envolvido, então, com a psicologia das pandemias, tive contato, em 2019, com o livro do Prof. Steven Taylor, intitulado *A Psicologia das Pandemias: preparando para o próximo surto global de doença infecciosa*, no qual o autor, de forma magistral, destacava a importância de se estudar fatores psicológicos e comportamentais que afetam diretamente a propagação de uma pandemia. Entretanto, nenhum de nós dois esperávamos que, no início de 2020, a Organização Mundial de Saúde viesse a declarar a Covid-19, causada pelo Novo Coronavírus, uma emergência em saúde mundial.

No final de março de 2020, após trocas de mensagens com o Prof. Steven Taylor, e baseando-me nas ideias do mesmo, ministrei cursos e palestras sobre o tema, destacando que, ao longo da história das pandemias, e sem exceção a qualquer delas, quatro métodos comportamentais são usados para manejar a propagação da infecção. São eles: 1º) comunicação de riscos, isto é, educação pública, em tempo real, dos verdadeiros riscos da doença e sobre como manejá-la o mais rapidamente possível e com interrupção mínima na sociedade; 2º) a consciência das mãos, incluindo as práticas higiênicas frequentes das mãos, do ambiente e dos objetos próximos que nos cercam; 3º) distanciamento social e outras práticas mais restritivas como fechamento das escolas, lockdown e outras; 4º) a importância do comportamento e da psicologia na aderência às vacinas e às terapias antivirais.

Nessas atividades, destaquei que a pandemia, por definição, é um evento traumático muito importante, que difere de traumas ocasionados por acidentes aéreos e ferroviários, assaltos, incêndios, etc por ser uma experiência coletiva

mundial, motivo pelo qual requer precisamente a consciência de que todos, sem exceção, estão juntos em sofrê-la e em buscar formas de contenção da mesma. Por adição, pontuei, também, que a liderança, baseada na identidade social, tornar-se iria, talvez, o primeiro construto psicológico que poderia motivar, e persuadir, pessoas a contribuírem para o alcance das metas coletivas compartilhadas na luta contra o Coronavírus. Tratava-se, então, de um problema do uso do “nós” em detrimento do uso do “eu”, “do outro”. e “dele”.

Como é do conhecimento de todos, da vivência de muitos, e como destacado na capa da revista *Veja* desta semana (“À beira de uma taque de nervos”), emergências de saúde pública, do porte da Covid-19, podem afetar a saúde, a segurança e o bem estar tanto de indivíduos quanto de comunidades. A pandemia podendo, por exemplo, provocar, do ponto de vista individual: insegurança, confusão, isolamento emocional e até estigmatizações diversas; do ponto de vista coletivo: perda econômica, desemprego, fechamento das escolas, sobrecarga do sistema de saúde e até falta de equipamentos protetores e de kits para entubações e afins, além de acirramento das desigualdades econômicas e sociais em países, como o Brasil, já terrivelmente desigual.

Esses efeitos podendo, então, serem traduzidos numa variada amplitude de reações emocionais, como, por exemplo, estresse e condições psiquiátricas diversas, bem como, comportamentos não saudáveis (do tipo abuso de álcool e de drogas ilícitas), além de não aderência às diretrizes de saúde pública (do tipo recusa de confinamentos tanto por parte dos que contraem a doença quanto da população em geral). É certo que o impacto psicológico de uma pandemia do porte da Covid-19 será intenso, imenso e duradouro, maior que o já evidenciado em ambientes físico e hospitalar, motivo pelos quais acreditamos que a próxima década venha a ser dedicada à saúde mental.

Muitas outras sequelas psicológicas também poderão, por certo, emergirem tanto da própria Covid-19 quanto das estratégias utilizadas para mitigar sua propagação, tais como, medo, depressão, ansiedade, irritabilidade, agressividade, insônia, apatia, pânico e outras, associadas ou não ao lockdown. Em suma, a pandemia da Covid-19 tem alarmantes implicações para a saúde individual e coletiva, bem como, para o funcionamento social, emocional e cognitivo. Urge que todos nós estejamos juntos para enfrentar esse novo desafio que já nos requer ações de combate.

Quero agradecer à Comissão Organizadora, e a todos os palestrantes e participantes, pela concretização desse evento e apresentar-lhes, neste momento, a reunião dos textos de algumas conferências magnas, sessões de mesas redondas e comunicações livres. Os textos, aqui presentes, foram aqueles que recebemos, após encerramento do evento, para a publicação em livro. Pesquisadores de Moçambique, Espanha, Polônia, Peru, Estados Unidos e Portugal juntamente com colegas da USP, da UFS, UFPA, UFPB, UFF, UNESP, bem como, do Grupo Farmacêutico Hypera Pharma e do Centro de Diagnóstico Hcor – São Paulo aqui estão reunidos.

A todos, nosso muito obrigado por somarem conosco para a realização deste livro.

Prof. José Aparecido Da Silva

Ribeirão Preto, 30 de março de 2021.

Segundo ano pandêmico da Covid-19

*Histórias de pandemias: Presente do passado e passado do presente*¹

Líliá Moritz Schwarcz



“Socorro prestado a um homem enfermo da gripe espanhola no Morro da Mangueira. Fotografia; p&b; 17 x 12 cm. Inscrição no verso: O socorro do Posto da Assistência no Morro da Mangueira; o Dr. Octávio de Barros e a enfermeira Adozinda Maia; acodem a um gripado a morrer”. Rio de Janeiro, 1918. Acervo: Fundação Oswaldo Cruz. [cód.: BR RJCOG MF-GI-IP-15-30]

O tempo e a falta de registros apagaram o nome e a identidade do rapaz que aparece, constrangido, numa foto tirada no ano de 1918. Sua postura corporal lembra o desengano e vai na direção oposta da mensagem positiva da ciência e de seus profissionais. Sabemos, porém, que ele morava no Morro da Mangueira, tinha origem negra e que se encontrava contaminado pela gripe espanhola. Como nos dias de hoje, também naquele ano, a Gripe foi particularmente severa e escancarou a desigualdade brasileira, atingindo, sobretudo, as regiões e vizinhanças que contavam com menos equipamentos urbanos; em geral os subúrbios e periferias das grandes e pequenas cidades.

A Gripe levou o nome de espanhola por mero acidente histórico. A epidemia estava por toda parte e havia atingido sobretudo os países que estavam se digladiando nos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial, também

¹ A pesquisa para esse texto é pautada no livro que escrevi junto com Heloisa Murgel Starling chamado *A bailarina da morte*. (São Paulo, Companhia das Letras, 2020).

conhecida como A Grande Guerra (1914-18): Inglaterra, França, Itália. No entanto, como nesses países houvesse uma grande censura, a emergência sanitária ficou localizada na Espanha; que levou a pecha e a fama.

Na imagem acima, o paciente mostra-se claramente vexado diante da equipe de sanitaristas que o vacinam e registram o momento da ação. Conhecemos o nome de todos os profissionais envolvidos; apenas o doente não teve o seu revelado. Nessa foto ele representa, tão somente, um “caso”. Uma vítima dentre outras.

De um dos lados está a enfermeira Adozinda Maia, cujo casaco escuro esconde a roupa branca de especialista da saúde, apenas entrevista por entre as fendas de seu longo manto. Ela traz na cabeça um chapéu igualmente branco, que provavelmente impede que o cabelo da técnica contamine a aplicação da vacina e a própria higienização dos procedimentos médicos. A touca funciona também como símbolo de atuação profissional em meio aquele ambiente que parece ser em tudo provisório – a casa de pau a pique, a parede rebocada apenas parcialmente, as rachaduras da construção, tudo sinaliza para um lugar onde a pobreza dá o tom do cenário. O apetrecho de cabeça representava também um ícone máximo de distinção e honra das enfermeiras. Nas décadas de 1910 e 1920, havia até cerimônia festiva de entrega da touca que ocorria após a aprovação da aluna nos exames finais. A entrega do adereço indicava que a aluna/enfermeira estava pronta para iniciar o trabalho de assistência hospitalar, mostrando a todos que ela “pertence ao grupo restrito de indivíduos que acodem aos irmãos em perigo de vida”.

Tudo em Adozinda contrasta fortemente com o local. Com sua postura séria e compenetrada, ela parece representar a prontidão da ciência sanitária, contrária ao ambiente local, com a terra batida ocupando todos os espaços: do reboco da casa, até a o revestimento do solo. Do outro lado da foto aparece o médico Octávio de Barros, vestido de terno e gravata, com um sobretudo cobrindo seu corpo, e vistoso chapéu que é mantido na cabeça. Ele observa a cena e leva uma máscara nas mãos. Conforme explica a legenda da foto, o rapaz está “gravemente enfermo”; não temos certeza, mas ele deve ter morrido por conta da epidemia. É pelo menos isso que se depreende dessa história que desconhecemos o enredo final.

A imagem pareceria “natural”, apenas um registro de época, se não fossem alguns detalhes significativos e presentes no documento visual. Em primeiro lugar, chama atenção a expressão de sofrimento do doente. Ele veste roupas de algodão simples, está descalço e leva os olhos para o chão,

como se não quisesse fazer parte daquela cena montada artificialmente e na qual desempenha papel central a despeito de secundário. Afinal, parece não ter agência alguma no gesto de resignação que apresenta. Já o médico, lança um olhar sorrateiro para o seu lado esquerdo, denunciando a presença do fotógrafo e o registro que realiza. Desse mesmo lado, uma calça branca, intrusa, entra na cena, e vislumbra-se uma pessoa com uma garrafa nas mãos. Seria uma garrafa de álcool? O material da vacina? Ou o fotógrafo com seus equipamentos? Não há como saber. O que sim sabemos é como na incompletude da foto está registrada a artificialidade da operação. Quem entra e quem fica fora da imagem.

A vacina para a Espanhola seria criada apenas em 1944, mas a foto já indicava a ação diligente dos sanitaristas que acompanhavam a população, chegando até as suas casas ou tomando parte de hospitais de campanhas instalados nas vizinhanças mais castigadas pela Peste. Naquele contexto, a vacina utilizada contra a gripe espanhola era a antivariólica ou a jeneriana. O cientista descobriu a vacina em 1796, em 1800 a Marinha britânica adota a vacinação, em 1804 Napoleão funda a Sociedade pela extinção da varíola e a propagação da vacina e no Brasil o uso da vacina é declarado obrigatório para crianças em 1837 e nos adultos em 1846. É, portanto, uma vacina pouco eficaz para o seu fim último – extirpar a espanhola – a que está sendo aplicada no braço do doente.

Já a fotografia guardada nos arquivos da Fundação Oswaldo Cruz – numa homenagem ao cientista que em 1904 debelara a Febre Amarela e formara escola – quer servir de testemunho da atuação dos sanitaristas. Mas é também uma “foto sentinela”, nos termos de Ariela Azulay, já que pelos detalhes permite denunciar o sofrimento de quem sabe que está doente e vai morrer, a despeito do aparato criado para mostrar a onipresença da ciência. Revela a desesperança como o outro lado daqueles que acreditam sem restrições no progresso.²

A situação montada na primeira foto é bastante semelhante àquela que aparece numa segunda foto, do mesmo lote, que traz em destaque a figura do dr. Maurity dos Santos cuidando de um paciente enfermo por Espanhola.

2 Ariela Azulay. (2011). *Archive. Political Concepts: A Critical Lexicon*, v. 1, 2012. Disponível em: <http://www.politicalconcepts.org/archive-ariella-azoulay/>. Ariela AZOULAY. *The civil contract of the photography*. New York, Zone Books, 2008.



Doutor Maurity dos Santos e enfermeiras atendendo doente no Morro do Salgueiro durante o surto de gripe espanhola. Foto, p&nb; 17 x 12 cm. Inscrição no verso: O Socorro do Posto de Assistência à Infância no Morro do Salgueiro: o Dr. Maurity dos Santos e as enfermeiras Joanna Silva e Leonor Lemmert acuidando de um affectado em estado gravíssimo. Rio de Janeiro, 1918. Acervo: Fundação Oswaldo Cruz. [cód.: BR RJCOC MF-GI-IP-15-26]

A cena se passa em outro morro que circunda a cidade do Rio de Janeiro, o Morro do Salgueiro, com as enfermeiras, Joanna Silva e Leonor Lemmert, auxiliando o médico que trata de um doente, diz a legenda novamente, “em estado gravíssimo”. O local era habitado por uma comunidade negra muito ativa, cuja sociabilidade se expressava através das casas religiosas, dos sambas e dos serviços e redes de apoio mútuo. Mas a região era igualmente famosa por não contar com a mesma estrutura urbana do “centro da cidade”, que passara pela Reforma Pereira Passos, a qual, buscou “limpar” a capital do Brasil, expulsando a pobreza e concentrando os novos equipamentos urbanos. No Morro do Salgueiro formaram-se duas favelas principais. A favela do Trapicheiro, já aparece no código sanitário de 1881. Por sua vez, a favela do Salgueiro é anterior – começa a se constituir ainda no século XIX com a sistemática destruição de quilombos localizados na área da Tijuca. O morro do Salgueiro fica entre a Tijuca e o Rio Comprido – bairros residenciais bem-vistos na época da reforma Pereira Passos, que tratara de expulsar a pobreza de dentro da capital, jogando-a para os seus arredores.

Uma das enfermeiras, a que carrega de maneira mais subserviente a maleta do médico, olha para a câmara, de maneira tímida. Já a outra, é mais

central à cena, apoiando suas mãos no ombro do paciente e observando-o com ar caridoso. O doente é, igualmente negro e evita olhar para a câmara. Mas parece mais resignado no seu sofrimento. Ele que tem vestes simples, e leva um chinelo surrado nos pés, traz um boné de nação na cabeça – que indica o pertencimento a grupos de ancestralidade africana ou função na marinha – e dirige o olhar para o chão. O sol atrapalha um pouco a foto, cria várias sombras, mas ilumina o contato do médico com o paciente enfermo: uma espécie de compressa destaca a atividade higienizada dos profissionais tomados pelas lentes em ação.

Entretanto, se a foto pretende tornar a pessoa doente quase “transparente”, acaba revelando, mesmo sem pretender, ao menos explicitamente, outras contradições. A batalha travada nos laboratórios e aquela do dia a dia, sentida sobretudo pela população mais vulnerável que vive em locais insalubres e sem condições sanitárias para enfrentar a doença. O abismo existente entre a equipe médica toda paramentada, e o ambiente digno da família da vítima que aparece de alguma maneira identificada pelas roupas brancas penduradas no varal, um cesto com mais roupa lavada ou por lavar, um chão de terra muito bem varrido.

De toda maneira, é o homem ao centro, em “estado gravíssimo”, que se destaca na cena por sua atitude altiva. Não há como saber se foi orientado a não olhar para a foto ou se achou por bem não olhar. O certo é que sua expressão não devolve as certezas que a produção montada pretende transmitir. É como se a doença ao invés de unir, dividisse essas duas realidades.

A falsa coincidência das duas fotos, a reiteração da cena do cuidado dos sanitaristas para com uma população pobre e desesperançada, ilumina a preocupação da instituição e da própria nação em registrar os seus serviços de apoio à população carente e seu trabalho em lócus. Não há dúvida acerca da importância desses procedimentos médicos e da ação do Estado. Entretanto, a fotografia por vezes desvela o que não é sua intenção primeira revelar: o contraste e o verdadeiro abismo entre a população desassistida e os especialistas com seus apetrechos e procedimentos científicos. Encontradas nos arquivos da Fundação Oswaldo Cruz, essas e outras fotos de época, funcionavam como registro da história da medicina brasileira que atuou fortemente no sentido de debelar a epidemia. Nenhum arquivo é, porém, neutro e a melhor maneira de demonstrá-lo é indagar acerca do arcabouço de sua construção. A legenda que acompanha a imagem, a montagem das cenas, a maneira como se separam as performances dos profissionais da saúde e as ví-

timas atingidas pela epidemia se afirmam como um texto visual, ainda mais quando as fotos são observadas em seu conjunto.³

Epidemias não costumam respeitar limites dados pela geografia política, populacional, cultural e política. Mas são pouco democráticas tanto com relação às vítimas quanto em termos de classe e região social. Em geral, quando chegam no Brasil matam com mais vigor e persistência às pessoas vulneráveis em termo de raça e região: as populações pobres de nossas periferias.

A história do Brasil também foi, e muito, afetada pela ocorrência das várias epidemias que não pouparam seu vasto território. Quando chegaram, a única coisa que fizeram de bem, foi escancarar nossa enraizada e perversa desigualdade. Atacaram sem dó as populações pobres, em situação de rua, desempregadas e sobretudo negras. São vários os exemplos, ao longo desses cinco séculos de existência de episódios da saúde coletiva como esses. A febre amarela, que grassou no início do século, foi tão severa que quase fechou o país com vários dos negócios e viagens saltando o país e chegando aos vizinhos latino-amarela. A vacinação contra a varíola em 1904, gerou um grande conflito no Rio de Janeiro, e levou o nome de gripe espanhola. Foi considerada a primeira revolta negra após a abolição da escravidão. A sociedade civil reagiu não exatamente à vacina, mas à maneira como foi aplicada: sem qualquer tentativa de comunicação para com a população. Nos anos 1970, a epidemia de meningite meningocócica, foi a maior já documentada na história e deu ensejo a medida que reforçaram e animaram o atual programa brasileiro de vacinação. No ano de 2016, a Zika reduziu em 5,4% a natalidade no Brasil. Isso sem esquecer da pandemia de COVID-19 a qual, iniciada no início de 2020 no país, no momento em que escrevo esse artigo (em junho de 2022), já levou ao desperdício de mais de 680 mil brasileiros e brasileiras.

Mas impressiona como há muitas semelhanças entre o contexto de 1918 e a realidade do momento em que escrevo esse texto. Não se sabe ao certo quantas pessoas morreram de Espanhola, mas sabemos que a gripe atingiu o Brasil inteiro e que fez vítimas em todos os estados brasileiros. Sabemos também, que como em 2020/21, com a Covid, também a epidemia de início do século XX atingiu mais severamente as populações vulneráveis – indígenas,

3 *Olivia Maria Gomes da Cunha. "Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo". Mana, n. 10, v. 2, 2005, p. 287-322. Olivia M. Gomes da Cunha. "Do ponto de vista de quem? Diálogos, olhares e etnografias dos/nos arquivos". Estudos Históricos, Rio de Janeiro, n.36, julho-dezembro de 2005, p. 7-32.*

negros, imigrantes recém-chegados – que moravam nos subúrbios das grandes cidades, como é o caso dos pacientes das duas primeiras fotos.

Como vimos não se conhecia a vacina ou a causa da epidemia da espanhola, mas já se usavam máscaras, higienizavam-se as mãos e estabelecimentos foram fechados para conter a disseminação da doença. Mesmo assim os efeitos foram devastadores e pouco se comentou sobre a dia a dia da Peste. Se o Brasil é conhecido pela crônica, chama atenção como poucas, muito poucas, foram escritas no calor da hora. Do dia a dia, devastado, ficaram as fotos das revistas ilustradas, que registraram o sofrimento das pessoas que ganhavam as ruas em busca de comida, ou da proteção do estado.

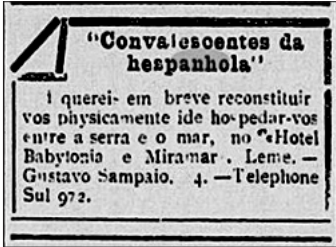
Imagens da peste⁴

Conta a literatura histórica que a espanhola teria chegado ao Brasil em agosto de 1918, a bordo do navio Demerara que no seu caminho, e à cada parada – Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Santos, Santa Catarina e Porto Alegre –, foi contaminando a população nacional. Como sempre ocorre, a princípio a letalidade da moléstia foi negada, como se ela não tivesse capacidade de atingir um país tropical. No entanto, a partir de meados outubro, quando se instala na Capital Federal, o Rio de Janeiro, o recurso ao silenciamento tornou-se, a cada dia, mais conflitante com a realidade dos cariocas. Pandemias sempre invadem o cotidiano da população, e com tal rapidez, que, por vezes, de uma semana para a outra fica difícil lembrar como era o cotidiano de dez dias antes, com tudo ganhando nova urgência.

Foi isso que aconteceu com o jornal O Paiz, por exemplo, que com a chegada da epidemia passou a publicar uma seção especial com o título: “A Influenza Espanhola”. A coluna foi invadindo, cada vez mais, outros espaços, no interior do noticioso, funcionando como uma seção de serviço público que oferecia “conselhos práticos” a seus leitores: explicava como prevenir a epidemia mantendo as mãos limpas e usando todo tipo de desinfetante, pedia para que fossem evitadas aglomerações, e ensinava como utilizar máscaras. O Paiz trazia também uma outra coluna cujo objetivo era desmontar as fake news da época! Ela se parecia com uma espécie de embrião das agências de checagem que hoje conhecemos, se chamava “Boatos Falsos” e sempre

⁴ *Existe um maior número de imagens da passagem da Gripe Espanhola pelo Rio de Janeiro e por São Paulo, cidades onde uma ativa imprensa ilustrada cobriu os efeitos da Epidemia. É por isso que esse artigo se volta mais para as fotografias dessas duas cidades.*

terminava com a frase – “Não sei mentir...”. A seção se concentrava em desmentir casos não comprovados de gripe espanhola. Ativo, o jornal também denunciava farmácias que aumentavam os preços dos medicamentos ou hotéis que aproveitavam a situação para alugar quartos por preços mais caros.



A Noite, 19 de outubro de 1918.

FBN



A Noite, 3 de novembro de 1918.

FBN

Enquanto isso, a velocidade do contágio tornava-se impressionante: o período de incubação era curto, de um a três dias, e o número de pessoas acometidas pela moléstia, muito elevado, e com alto grau de letalidade. Deixando claro como a pandemia podia parecer democrática na hora da contaminação, mas não na hora da morte, o diretor da seção de estatística demógrafo-sanitária da Diretoria Geral de Saúde Pública, Sampaio Vianna, explicava que os socorros, além de insuficientes, ficavam restritos à população que habitava os centros urbanos, enquanto os subúrbios, morros e outras localidades periféricas permaneciam fora do perímetro urbano, e sofriam com uma imensa carência no atendimento mais básico.

Foi embalada pelo ritmo fúnebre da doença que a então capital do Brasil, pouco a pouco, foi virando uma procissão de cadáveres insepultos, jogados pelas ruas e avenidas da outrora orgulhosa cidade reformada por Pereira Passos. Com a falta de coveiros, muitos deles também doentes, e sem poder enterrar os mortos; com a carência de caixões, a cidade passou a viver um grande luto coletivo. Não havia mais família que deixasse de lastimar casos de falecimento. Há, inclusive, relatos de famílias inteiras que desaparecem por causa da Gripe e de outras em que todos estavam acamados. Causava muita comoção a morte de crianças, como foi o caso do menino Mauro Soares, que faleceu e fez com que as portas do seu colégio ficassem definitivamente fechadas. Na fotografia ele aparece uniformizado, e com uma expressão triste.

*A Noite, domingo,
13 de outubro de 1918.
Edição 02454.*



A morte ia ganhando rosto, ao mesmo tempo que os jornais passavam a desempenhar, então, um papel cívico, alertando os cariocas para que evitassem trens, bondes e ônibus, e aconselhando-os a andarem mais a pé. A Associação dos Empregados do Comércio do Rio de Janeiro, pediu que as lojas abrissem às 8 e fechassem às 17, a fim de “evitar o sereno”. A “The Leopoldina Railway Company” suspendeu até segunda ordem as linhas para o interior nas estações da Praia Formosa e Niterói. A Noite publicava no dia 17 de outubro uma nota explicando que “devido ao estado anormal da cidade”, seria adiada, “sine die a exposição de caricaturas mundanas”. Noticiosos também pediam para que as pessoas não cuspissem, tossissem, espirrassem; o que parecia bastante inútil uma vez que as pessoas espanholadas andavam pelas ruas sem poder conter esse tipo de manifestação da Espanhola. Além do mais, obedecendo as medidas adotadas pelas autoridades sanitárias, restaurantes, bares, teatros, cinemas, escolas, fábricas, associações e até mesmo bordéis foram obrigados a interromper suas atividades.

O movimento nos portos praticamente cessou, as ruas ficaram vazias, as telefonistas adoeceram e não havia como pedir linha e fazer uma ligação, os presidiários foram soltos pois faltavam policiais, poucos bondes circulavam já que os próprios condutores haviam sido contaminados, as atrações culturais interromperam suas atividades e as igrejas, mesmo com a religiosidade em alta – por conta da insegurança que a pandemia trazia – restringiram seus horários, causando grandes aglomerações. O mundo parecia de cabeça para baixo.



Preces públicas para pedir o fim do flagelo da epidemia. Revista Careta, 26/10/1918. Ed. 540, p16. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional



Avenida Rio Branco na cidade do Rio de Janeiro, período de esvaziamento da cidade na tentativa de conter a transmissão da doença..Revista Careta de 26/10/1918. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional.



Doentes na Praça Quinze, no Rio de Janeiro. Careta, 26/10/1918, ed. 540. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional.

Nas fotos da revista *Careta*, evidencia-se o contraste entre os bairros elegantes – totalmente vazios – e os bairros do centro, onde as pessoas se aglomeravam para rezar, e para pedir a Deus uma solução, mas também para conseguir alimentos. Cenas de desesperança também tomavam a publicação, com pessoas mais pobres tomando as ruas da cidade, doentes e desanimadas.

Em *Chão de Ferro*, mais especificamente no capítulo II, chamado “Rua Major Ávila, 105”, o escritor e médico mineiro Pedro Nava, fazendo uso da sua memória, narra com olhos de menino os traumas da chegada da Gripe Espanhola e as desastrosas consequências da doença na cidade: “A 22 chegam telegramas contando as desgraças da Missão Médica (...) Nesse dia o Nestico chegou em casa com um monte de boatos que pouco impressionaram. Entretanto o demônio já estava em nosso meio, ainda não percebido

pelo povo como a desgraça coletiva que ia ser (...). A doença irrompeu aqui em setembro, pois em fins desse mês e princípios de outubro, as providências das autoridades abriram os olhos do povo e este se explicou certas anomalias que vinham sendo observadas na vida urbana; tráfego rareado, cidade vazia e meio morta, casas de diversão pouco cheias, conduções sempre fáceis, as regatas, as partidas de water-polo e futebol quase sem assistentes, as corridas do Derby e do Jockey com os aficcionados reduzidos ao terço. É que no meio da população, (...) insinuara-se a Morte Cinzenta da pandemia que ia vexar a capital e soltar como cães a Fome e o Pânico que trabalhariam tão bem quanto a pestilência ...”⁵

Diante da “Morte Cinzenta”, as pessoas passaram a colocar panos escuros nas janelas, nas varandas e nas portas das suas casas, para que os fiscais da saúde soubessem que naquela moradia havia indivíduos doentes a serem alimentados e medicados, ou para que os coveiros recolhessem os corpos já sem vida. O desabastecimento da cidade ficou grave, uma vez que não havia quem pudesse trabalhar nos serviços básicos como padarias, mercearias, açougues e farmácias. A famosa confeitaria Casa Colombo, obrigada a fechar suas portas, publicou uma nota avisando que não desistiriam de ajudar seus funcionários. Para tanto, bastava que empregados e operários se dirigissem ao escritório da firma, com “pedidos de socorro pecuniário”. A Sul América fez propaganda dizendo que “nesse momento é, mais do que nunca, necessário que cada chefe de família tenha a sua vida segura na Sul América”. Era também difícil achar ingredientes para a milagrosa canja que, diziam, “curava” todos os males. Ovos passaram a custar o mesmo que as próprias galinhas e um único pão era cobrado pelo preço que outrora se pagava por uma cesta. O limão, muito usado nas infusões, dobrou de preço. E a cidade passou fome.

Nas fotos, a população fazia fila diante de padarias com suas portas fechadas ao público, ou então de granjas que vendiam galinhas e ovos numa cidade que acreditava que a canja era a maior saída para não ser contaminado ou contaminada pela espanhola.

Mas os exemplos de anomia social se multiplicavam assim como as fotografias que invadiam os periódicos ilustrados. O jornal *O Paiz*, na sua edição de 24 de outubro de 1918, noticiava a existência de “uma aglomeração raivosa bem na porta da Caixa Econômica Federal para sacar dinheiro”.

5 *Pedro Nava. Chão de Ferro. São Paulo, Companhia das Letras, 2012.*



*População a espera de pão nas padarias e a procura por galinhas e ovos.
Revista Careta, 26/10/1918. Ed. 540. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional*

Aglomerações na frente de bancos em momentos de crise são uma velha/nova história, com a diferença de que, nesse caso, a instituição não abriu por falta de funcionários. Segundo o mesmo jornal, no dia 3 de dezembro, uma menina negra fora encontrada abandonada na sala do banco da Santa Casa depois de ter ficado órfã de pai e mãe, ambos vitimados pela Espanhola.

A menina, descrita como “de cor preta”, foi enviada para a Roda dos Expostos; prática ligada às, assim chamadas, “instituições caridosas” – dentre mosteiros, abadias e irmandades beneficentes –, onde ficavam depositadas crianças pobres que não tinham onde morar, seja por conta do falecimento dos pais, seja porque os responsáveis, por algum motivo, não tinham condições para criar seus filhos. A prática também ressoava os tempos da escravidão, quando mães negras eram obrigadas a abandonar seus próprios filhos, para dar de mamar às crianças de seus patrões.

Na imagem, a menina encara o fotógrafo e parece esperar por sua sorte. Como mostra uma segunda foto, os abrigos de infância ficaram lotados de crianças, sobretudo negras, aguardando novos lares para serem abrigadas.



A pequena orfã
Para a "Roda"

*Branquinha está orfã de pai e mãe, há seis meses de idade. Desamparada, por não ter pai e mãe, foi encontrada na sala do Banco da Santa Casa para ser enviada ao abrigo da infância.

Uma boa família assista, a pobrezinha foi!

A pequena orfã abandonada na sala do Banco da Santa Casa e só encontrada graças ao seu comandante foi enviada ao abrigo da infância. Ela tem apenas 6 meses de idade. Para ser enviada ao abrigo da infância, deve ser registrada no registro de crianças abandonadas e receber o nº de identificação, para que seja enviada ao abrigo da infância, onde permanecerá até ser adotada.

*A Noite, 2 /12/
1918. Revista Careta,
26/10/1918.
Acervo: Fundação
Biblioteca Nacional*

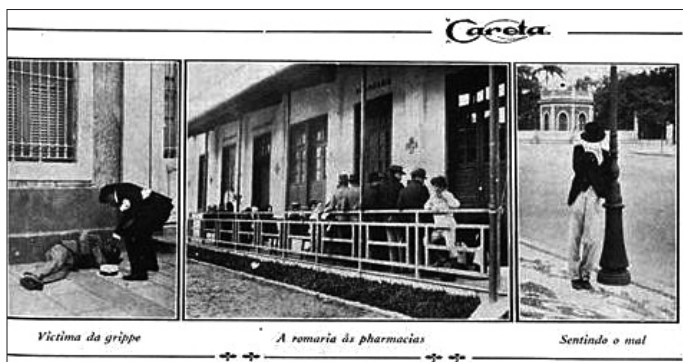
Foi muito comentada a história de Olympio Nogueira; um conhecido ator e galá de teatro, que ficou popular por sua interpretação de Jesus na peça “O mártir do calvário”. Ele morreu no dia 19 de outubro de 1918, e o jornal A Noite trouxe alguns recortes sobre sua trajetória, contando com detalhes o “drama” de sua contaminação e perecimento. Na edição de 13 de outubro de 1918, o jornal A Noite estampava a notícia da morte de uma “rapariga”, “muito conhecida nos centros boêmios do Rio”. Ela atendia pelo nome de “Alice Cavallo de Páo”, e também sucumbiu à peste.



*Gazeta de Notícias, 15/10/1918.
Acervo: Fundação Biblioteca Nacional*

Enquanto isso, a Gazeta de Notícias, na sua edição de 15 de outubro, chamou o Rio de “um vasto hospital” e pediu por “Socorro”. Com o andamento da doença, os mortos deixavam de ser números, e passavam a ser casos compartilhados pela sociedade enlutada. Segundo o médico Miguel Couto, a essas alturas já eram 600 mil infectados, e não havia carioca que deixasse de conhecer alguém contaminado ou vitimado pela doença.

O desespero bateu forte na porta dos cariocas. Os casos de suicídio, por conta de infecção, aumentaram muito e ganharam o espaço das pequenas notas que lotavam os noticiosos locais avisando que doentes e familiares, diante da doença ou da solidão, atentavam contra suas próprias vidas. A Noite, no dia 11 de novembro de 1918, traz manchete sobre Dona Josephina Rodrigues de Carvalho, uma moça de cor parda e 33 anos de idade, que foi abandonada pelo marido que alegara problemas conjugais. Nesse meio tempo, ela “teve a espanhola, e depois num acesso de loucura violentíssimo depredou sua casa”. Na coluna “Casos de Polícia”, *O Paiz* explicava que cresciam os exemplos de enlouquecimento e de “malandragem”, também.



Cenas de ruas durante a Gripe Espanhola. Revista Careta, 26/10/1918. Ed. 540. Fundação Biblioteca Nacional.

Chama muita atenção a força das imagens que iam sendo estampadas nos jornais. Na foto da esquerda vemos ao chão uma vítima da gripe, sendo amparada por um passante. Na imagem da direita, um homem solitário permanece no espaço esvaziado das outrora movimentadas ruas cariocas. Na do centro, presenciamos a nova rotina feita da visita diária às farmácias e estabelecimentos médicos.

Entretanto, o tamanho do drama não calou o humor e a piada dos cariocas, que agiam com irreverência, e, na verdade, como podiam, diante do drama diuturno da moléstia. Muitos brincavam com a dita Espanhola, que, na falta de maiores esclarecimentos, causava (até) reações de “ciúmes”, como mostram as charges a seguir.

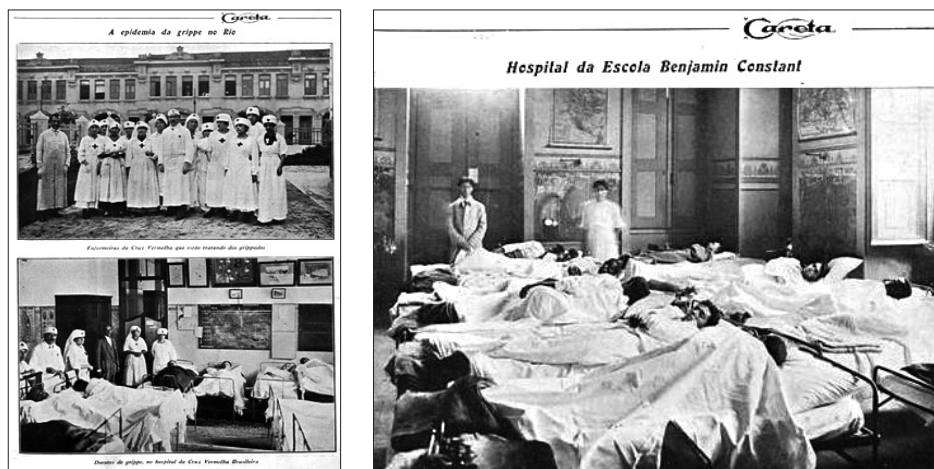


Revista Careta, 26/10/1918. Acervo: Fundação Biblioteca Nacional.

O certo é que o caos social virou material fértil a ser explorado pelos jornais, pelos humoristas e por grupos políticos que faziam oposição ao go-

verno Wenceslau Braz. O quadro de limitações das instituições sanitárias era patente, a despeito de sabermos que nunca se está preparado para uma pandemia. Por isso, o atendimento da população, sobretudo a mais pobre, acabou ficando muito dependente das iniciativas privadas: igrejas, escolas, clubes e da Cruz Vermelha Brasileira.

As fotos, mais posadas, mostram batalhões de enfermeiras, por vezes ladeadas por médicos, e muitos pacientes nos leitos. Na imagem da direita



Enfermaria. Revista Careta, 26/10/1918. Ed. 540. Fundação Biblioteca Nacional.

dois doentes olharam para o fotógrafo, quem sabe, cientes da exposição da doença à qual participavam.

Outra cidade atacada pela Espanhola, e que produziu muitas imagens do flagelo, foi São Paulo. Em meados de 1916, a cidade contava com 541.690 habitantes. Mas possuía uma realidade de certa maneira específica. Até o ano de 1918, o Estado seria responsável por receber, aproximadamente, 70% dos imigrantes italianos que começaram a chegar no Brasil desde finais do século XIX. Até 1920, deram entrada nesse estado 1.078.437 italianos, representando 9% da sua população total. E se os imigrantes foram primeiro alocados nas fazendas de café, logo ganharam as cidades e sobretudo a capital dos paulistas que ficou mais italianizada nos costumes, no dialeto, na sua dieta.

Também a imigração japonesa, que oficialmente começou em 1908, dez anos depois já era muito numerosa, com o país contando com cerca de 1,5 milhão de niseis, e 90% deles morando no Estado de São Paulo. Uma copiosa população negra, também deixara, em sua grande parte, as proprie-

dades rurais e agora compunha o cenário urbano paulistano com suas experiências, saberes e práticas Afro-atlânticas.

Todos eles conviviam nessa pauliceia que rapidamente se urbanizava: todos juntos, mas também separados. Abismos sociais poderiam ser observados não só diante dos hábitos sanitários e alimentares dos assim chamados “caipiras nacionais” – numa referência de época bastante racista –, como frente aos dos demais imigrantes. Afinal, longe de constituírem grupo homogêneo, os imigrantes pertenciam a segmentos e origens distintos. Alguns, vindos de certas regiões mais ao Norte da Itália, estavam habituados à vida nas cidades. Outros, como a grande maioria originária do Veneto, ao contrário, readequavam costumes rurais que traziam na bagagem.

Dizem que, à época, com tantas mudanças de saberes, três “remédios” davam conta de uma coleção de males: o óleo de fígado de bacalhau purificava; sal amargo liberava o estômago e as constipações e o óleo de rícino atuava como purgante. E, quando nada dava certo, remédios milagrosos, orações e curandeiros resolviam males no atacado e no varejo. Essa era a imagem da capital dos paulistas no começo dos anos 1918; ela mais se parecia com uma Babel de línguas e hábitos, mas também de novas ideias no que se refere ao trabalho urbano.

Tanto que, no início de 1918, São Paulo andava ainda muito marcada pelas “desordens operárias”, como diziam os jornais do ano de 1917. Ou seja, a partir dos anos 1910, um setor ganharia corpo e se agitaria: os operários do novo parque industrial, resultado bastante imediato da chegada de imigrantes europeus. E se não foram os imigrantes os únicos nem os maiores responsáveis pelos movimentos grevistas, e tiveram imensa influência, sobretudo no que se refere à entrada das ideias anarquistas no Brasil, a partir dos anos 1890. Italianos, espanhóis, portugueses e muitos brasileiros aderirão ao movimento, e essa se constituirá na mais importante corrente de organização e mobilização política dos operários por mais de trinta anos.

A classe operária reagia às péssimas condições de trabalho – não havia restrição de idade ou tempo máximo de jornada diária –, assim como lutava por melhores salários e pela criação de órgãos de representação, como sindicatos e partidos. A presença de crianças e mulheres nas fábricas levava à diminuição do nível médio dos salários, enquanto a carestia aumentava nos anos de guerra.

Essa população, bem como as pessoas negras que, recém-saídas da escravidão possuíam poucas condições de vida, foram as que mais sofreram na cidade. Ambos os grupos sociais viviam em lugares sem infraestrutura e eram

as mais vulneráveis. E a espanhola chegou sem piedade. Logo em setembro e sobretudo em outubro e novembro fez milhares de vítimas que procuravam em vão locais públicos para se cuidarem. Mas havia poucos. A saída era recorrer às instituições privadas, como a Sociedade Beneficência Portuguesa, o Hospital Santa Catarina, o Hospital Samaritano e o Hospital Humberto Primo, o Hospital Alemão, o Hospital Samaritano, entre outros menores. Ou então aos hospitais improvisados que chegavam a 37. Entre eles estavam aqueles organizados pelos colégios Sion (na avenida Higienópolis), o São Luís (na rua Bela Cintra), o Mackenzie (na rua Piauí) e Des Oiseaux (rua Caio Prado). As iniciativas eram muito variadas. Por exemplo, a Cruz Vermelha agradeceu o fornecimento que passou a receber de vários particulares e de grandes magazines, entre eles a Casa Caruso que disponibilizou sessenta quilos de macarrão; a casa de Pereira Ignacio e Cia, que enviou 48 garrafas de Água de Platina, a Fábrica Iracema que doou duas dúzias de pijamas e a Casa Mappin que ofertou um caminhão-automóvel. O importante é que a sociedade paulistana se mobilizava, por meio de atitudes individuais e coletivas de ajuda mútua e assim mostrava sua solidariedade

Na foto abaixo procura se transmitir uma certa ordem então reinante, a despeito da Peste. Mas o que chama mesmo atenção é uma divisão intrínseca: no lado direito da foto são todas pessoas brancas; já no lado esquerdo, todas negras.



A distribuição de víveres pelas damas da Cruz Vermelha Brasileira, auxiliadas pelos auxiliares de 'Mappin Stores' e por soldados do 43.º, na rua Direita, 32.

Distribuição de víveres pelas Damas da Cruz Vermelha Brasileira durante a Gripe Espanhola em São Paulo.. Disponível em <https://www.resgateaeromedico.com.br/lo-aprendizado-da-gripe-espanhola-de-1918-e-sua-aplicabilidade-ao-momento-atual/>

Vários cidadãos procuraram oferecer seus préstimos, distribuindo comida ou fazendo doações. Clubes de elite, como o Atlético Paulistano, montaram hospitais em suas sedes, também preocupados em usar espaços vagos para o tratamento da Peste.



*Hospital do Club Athletico Paulistano montado em 1918.
Acervo do Club Atlético Paulistano, Editora Narrativa Um / Divulgação*

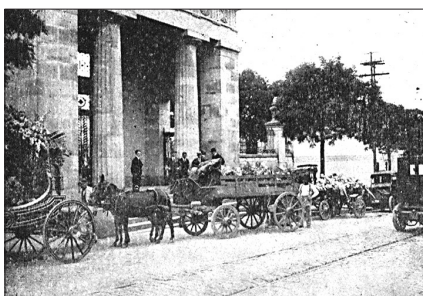
O Corinthians Futebol Clube divulgou comunicado onde afirmava que, como era composto em sua maioria por jogadores operários, sentia-se “na obrigação de vir, apesar de sua insignificante valia, concorrer com seu esforço ... para o alívio dos infelizes operários atacados pela pandemia ...”. A sociedade civil se movia, apesar do medo, ou até mesmo por causa dele.

Assim, se os paulistas como os demais brasileiros demoraram para atinar acerca da gravidade da crise, e, quando o fizeram, tentaram seguir os protocolos sanitários à risca, adotando o isolamento e a quarentena. Mas na São Paulo de 1918, a chegada da Pandemia basicamente sublinhou a iniquidade existente, bem como a situação de desamparo que tomara de assalto à população pobre. Isso porque, a partir de outubro, a impressão que se tinha, era que todo mundo ficara, de um dia para o outro, doente; e ainda mais as pessoas de baixa renda. Um grande hospital improvisado, o maior deles, foi instalado nos espaços amplos da Hospedaria dos Imigrantes, na Mooca, às margens da linha férrea. E não por acaso.

No início de novembro de 1918, a média de casos novos já chegava ao número de 7 mil diários: E com os casos de pessoas contaminadas crescendo, a outrora movimentada capital dos paulistas, a orgulhosa metrópole do café, parecia agora uma cidade fantasma. A maior parte do comércio estava fechado, não havia mais o elegante *footing* das 16 às 18 horas no Centro elegante de São Paulo, e as ruas andava silenciosamente vazias. Bem que alguns

estabelecimentos tentaram resistir; os organizadores do Theatro Municipal, um dos símbolos da cidade, alegando que a programação estava fechada e as assinaturas esgotadas insistiu em não fechar suas portas. Entretanto, nesse meio tempo, no dia 22 de outubro, anunciou-se que Mme. Vellin-Pardo, que interpretaria a protagonista da ópera *Louise*, adoeceu. No final das contas, o Theatro foi obrigado a se render as evidências e avisou: “devido à epidemia reinante, os srs. assinantes não podem mais vir ao teatro”.

O maior problema era a ocorrência de muitos casos em um curto período. São Paulo teve seus primeiros doentes registrados em 16 de outubro e os últimos em 19 de dezembro de 1918. Nesse meio tempo, em pouco mais de dois meses, foram notificados 116.777 infectados (22,32% da população da capital), sendo 86.366 apenas no mês de novembro.



Chegada de corpos para sepultamento no Cemitério da Consolação



Cenas da Gripe Hespahnola em São Paulo. Vida Moderna, ed. 347, 1918. Fundação Biblioteca Nacional

Como se vê, até na hora da morte as iniquidades eram evidentes. Nas fotos acima, um enterro de elite mostra a manutenção do ritual, a solenidade do momento e os caixões unitários. Já as duas fotos mais abaixo mostram a construção de caixões simples para atender o grosso da população. Esses eram usados pela população pobre, sobretudo imigrante, que chegava sem recursos, passando a viver, quando permanecia na capital, em casebres improvisados que abrigavam muitas famílias e em bairros com poucos equipamentos urbanos: faltava água potável e sobrava esgoto aberto.

E com o aumento do número de óbitos, os sepultamentos passaram a ser realizados não só no período noturno, como, muitas vezes, em valas comuns, conforme denúncias publicadas pela imprensa da época. Faltava de tudo: sobretudo caixões e coveiros para os enterramentos dos mortos.



*Distribuição de sopas no Theatro S. Paulo. Vida Moderna, ed. 347, 1918.
Fundação Biblioteca Nacional*

Faltou também comida, e a imprensa paulista apressou-se em publicar imagens do atendimento aos menos assistidos. Mais uma vez divisões raciais aparecem simbolicamente nas fotos com uma mulher negra sendo a única a fazer fila diante do estabelecimento que escancarava os horários, mas também as palavras “aos pobres”.

Rapidamente se alcançou o recorde de 200 a 300 mortos por dia, com os cemitérios e o serviço funerário não apresentando recursos para atender a todos os enterros. Bondes da Light foram então utilizados para transportar caixões e os cemitérios da Consolação e do Araçá receberam iluminação de emergência para trabalhar 24 horas por dia. Buscando ajudar, o Palace Thea-

tre, uma instalação com espaços generosos e localizada na Rua Brigadeiro Luís Antônio, com o aceite prévio de seu proprietário, passou a armazenar caixões e também fez as vezes de necrotério. Um novo cemitério foi construído, às pressas, na Lapa, bem como se ampliaram os antigos – os do Araça na Consolação e o do Brás. Por lá, cavaram-se valas comuns para pessoas enterradas sem caixão e principalmente provenientes da Hospedaria de Imigrantes. Nesse meio tempo, o Serviço Sanitário, que procurava discriminar o registro de mortes por bairro, verificou que a moléstia atacava mais pesadamente os bairros operários.

Cessaram os ruídos da cidade, com todos concentrados nos movimentos fúnebres dos agentes do Serviço Sanitário, os quais, a essas alturas, dominavam totalmente os espaços públicos da cidade, recolhendo corpos, embrulhando-os em lençóis e empilhando-os numa carroça. Logo chegava mais outra carroça do Serviço de Desinfecção, que coletava como lixo alguns pertences dos mortos e borrifavam uma substância desinfetante. Por fim, pregavam-se tábuas lacrando portas e janelas da residência. Era o ritual da morte que invadia o cotidiano numa sociedade que não estava, definitivamente, preparada para lidar com ela.

As normas mais gerais, referentes ao funcionamento regular de leitos hospitalares de isolamento e previstas no Código Sanitário, bem como as regras para a instalação e funcionamento de hospitais, foram momentaneamente abandonadas. Dada a urgência de leitos, a Hospedaria dos Imigrantes reservou mil leitos apenas para os atingidos pela gripe. De modo similar o Clube Paulistano, o Clube Germania, o Clube Palestra Itália, o Mosteiro de São Bento, o Ginásio do Carmo, o Liceu Coração de Jesus, o Colégio Jesuíta São Luiz, o Grupo Escolar do Ypiranga, o Grupo Escolar da Barra Funda, o Grupo Escolar da Penha, entre outros, foram transformados da noite para o dia em hospitais provisórios de isolamento, com seus funcionários e professores, não atingidos pela doença, e outros grupos de voluntários, auxiliando no cuidado dos doentes. Médicos e acadêmicos de Medicina foram também destacados pelo



Distribuição de sopas em São Paulo durante a Gripe Espanhola de 1918. Acervo Estadão/ SP.

Serviço Sanitário do Estado para dar assistência aos pacientes internados nesses locais provisórios e sem tantos recursos hospitalares.

Enquanto isso, o arcebispo metropolitano de São Paulo, determinou que igrejas e confessionários deveriam ser desinfetados diariamente e que a água benta dos templos fosse trocada todos os dias. Como a propaganda é a alma dos negócios, anúncios de desinfetantes (como o Creolisol) foram estrategicamente dispostos ao lado das colunas de jornais que traziam notícias sobre a epidemia. O Serviço de Saúde da 6ª Região determinou a oficiais e praças que adotassem (apenas) a continência, deixando o perigoso aperto de mão para ocasiões mais especiais. Ordenou também que falassem o menos possível, especialmente nas ruas, e, que não conversassem sobre a epidemia nem se ocupassem com ela. Dentre a população civil, além das visitas proibidas, beijos e abraços passaram a significar, ao menos naquele contexto, uma imensa falta de educação.

Além do mais, em uma cidade formada por imigrantes, e na qual o afluxo de pessoas havia crescido vertiginosamente, alterando de maneira definitiva a paisagem urbana, o “povo” – que, nesse contexto, era basicamente definido como uma multidão indistinta formada por operários, trabalhadores, biscateiros e criminosos –, virou alvo prioritário de atenção, tanto dos políticos e da polícia, e nesse contexto dos médicos. E se durante séculos alguns grupos, como judeus e leprosos, levaram a culpa por catástrofes epidêmicas, no século XX, foi a população pobre que acabou ocupando esse mesmo espaço. Afinal, ainda andavam frescas as lembranças da greve de 1917, que literalmente parou a cidade. Ainda eram recentes, também, os temores despertados pelos imigrantes, sobretudo aqueles da colônia italiana, que alterava costumes, crenças e linguagens em São Paulo.

E italianos imigrantes, bem como os chamados, indiscriminadamente, de pobres, apareciam cada vez mais na imprensa, ilustrando uma situação de penúria, hábitos nada recomendáveis e a pouca educação: “O bairro do Brás, (...) por ser o mais populoso e habitado pelos operários, é o que está mais sujeito a propagação do mal”, decretava o orgulhoso *O Estado de S. Paulo*, no dia 17 de outubro de 1918. Já *O Combate*, de 24 de outubro do mesmo ano, sugeria que as instruções médicas do Serviço Sanitário fossem resumidas e escritas em português e italiano, entregues de porta em porta, sobretudo, dizia o repórter, nos bairros do Brás, Mooca, Pari, Belenzinho, Bom Retiro, Bexiga, locais que deveriam ser priorizados na empreitada, junto com os subúrbios de Santana, Penha, Lapa, Pinheiros, Quarta Parada e adjacências.

Visionário, Arthur Neiva, diretor geral do Serviço Sanitário paulista durante a gripe espanhola, afirmou: “o historiador que, no futuro, procurar descrever as principais epidemias que assolaram o Brasil, com muita dificuldade poderá fazer ideia da formidável calamidade que foi a gripe epidêmica.” Ele tinha razão.

Para terminar: a morte e seu silêncio, a morte e seu mistério

O mistério que envolve a morte e o sofrimento dessas pessoas causa ainda hoje muita preocupação e curiosidade. É como se o passado voltasse ao presente e cobrasse seu pedágio. No caso do ano de 1918, estava-se ainda muito longe da descoberta da cura da Peste que grassara no Brasil e pelo mundo afora, e a insegurança era disfarçada por essas fotos que colocam, em primeiro plano, o protagonismo dos médicos e deixam a morte apenas como uma sombra possível. Também silencia aqueles que sofrem; não há nomes, indicações de moradia, registros da família do ou da enlutado.

A incerteza diante da doença representa um tipo de situação que sempre causa comoção e ansiedade, especialmente em sociedades que não encontram lugar para lidar subjetivamente com a morte e o luto. Ainda mais no contexto, de inícios do século XX, que já levou o nome de “era da ciência”⁶, lidava-se muito mais com as possibilidades de alongar a vida, do que com a realidade de morrer cedo, e em pleno vigor. A Primeira Guerra Mundial e a Pandemia da Gripe Espanhola abalaram, porém, as certezas desse momento, que costumava apostar no controle absoluto da humanidade sob o seu destino. Ademais podem ter adiado a entrada do século XX, abalando as “certezas” que caracterizavam aquele momento.

No entanto, se essa era uma questão contextual, não se pode dizer que divergia ou era muito diferente do tipo de reação que sempre acompanhou circunstâncias em que a Peste reina soberana. Na verdade, as reações humanas perante surtos como estes, e o medo diante do perecimento imediato e possível, constituíram-se sempre como um fecundo campo de inflexão. Philippe Ariès, mostrou como até o século XIX predominou no Ocidente a aceitação da morte como um elemento indissociável da vida.⁷

6 Eric Hobsbawm. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo, Companhia das Letras, 1995. Nicolau Sevcenko. *Literatura como missão*. São Paulo, Companhia das Letras, 2003.

7 Philippe Ariès. *História da morte no Ocidente: Da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

Mais ainda, o historiador chamou atenção para como, muitas vezes, os rituais da morte tinham e têm a capacidade de reforçar laços de solidariedade e de comunhão entre as pessoas.

Entretanto, quando a morte é coletiva e acontece em momentos de graves crises sociais, como guerras, fome e epidemias, ela se torna ainda mais perturbadora, pois escapa do curso considerado “normal” nas sociedades. Diante das perdas que afetam milhares de pessoas e das quebras da rotina, os ritos perdem sentido, e as reações sociais tomam novo rumo. Visões apocalípticas, a procura do milagre, parecem tomar conta do imaginário social, que oscila, então, e com grande rapidez, entre a ciência e a sabedoria popular, ou então gira em torno do obscurantismo e da mera negação. Nessas horas, a perda de referenciais afetivos, levam a muita desagregação social e não poucas vezes escancaram a falência das instituições, dos recursos e das políticas de saúde.

As epidemias acompanharam a trajetória humana e sempre provocaram muita reflexão, expressa sob a forma de memórias, crônicas, poemas e romances. Geraram imagens também, que mais do que apenas testemunhos ficaram na história como registros daqueles que padeceram com essas crises da saúde. Restaram como “sentinelas” também, nos termos de Ariela Azulay⁸; são imagens que não permitem a mera observação curiosa sem o contato direto com a dor, a desesperança alheia. Normalmente tomadas como meros “produtos” de um momento preciso, como registros jornalísticos, essas fotos revelam o outro lado das epidemias (que é o mesmo). O lado subjetivo e humano daqueles que se perderam no turbilhão da Peste.

Essas imagens são assim mais do que registros; são representações de época. Uso o termo “representação”, que tem com certeza uma larga tradição e passou pelo escrutínio de uma série de concepções políticas, sociológicas, semióticas e estéticas, antes com o sentido que Mitchell (2009:11) lhe conferiu “de estar em lugar de e atuar por” do que como “coisa” fixa e essencial”. O conceito permite relacionar texto e imagem; questões éticas, do conhecimento e do poder. Assim, menos do que realizar uma teoria da imagem, vale mais a pena dar “imagem à teoria”, no sentido dela se comportar como uma instância privilegiada formadora de representações. Dessa maneira, o conceito de representação é antes entendido aqui como processo e relação, incluindo-se em seu escopo cultura política, sistema de intercâmbios e transferência de valores, imaginários utópicos e realidades pragmática (Mitchell, 2009).

8 Ariela Azulay. *Op. Cit.*

Assim, se as imagens jamais “refletem”, apenas, o real, no caso da fotografia um novo elemento precisa ser destacado: a ingerência dos agentes que não se conformam, muitas vezes, em apenas cumprir com um script pré-determinado. Como mostra Eduardo Cadava: “The relation between the represented object and its representation, between reference and image, does not presuppose an object whose being and existence precede, or remain outside, the process through which it becomes an image. On the contrary, Barthes suggests that photo-graphic representation stages – makes absolutely “literal” – what is at the heart of modern representation, and this is precisely the putting into crisis of a temporal order in which first there is an object and then later its representation.(Cadava & Cortés-Rocca, 2006: 36)⁹.

Mas há outra diferença. Como explica Maurício Lissovsky, nesse “momento de espera”, na “demora” entre a determinação do fotógrafo e a realização da foto é que se pode revelar a “presença-de-si”. Foi talvez nesses segundos de aguardo, nessa “ética do instante”, que Monica conseguiu expressar o que lhe vinha à alma e dessa maneira deixou de apenas figurar. Não que a ama tivesse nas suas mãos “a liberdade capaz de fundar uma utopia” que lhe era própria, mas fez bom uso de uma certa “ética do devir do instante”.¹⁰ Diferente da pintura, que, conforme define a historiadora da arte Rosalind Krauss, entrega “tudo de uma vez” uma vez que “a verdade ontológica da pintura” é a “pura simultaneidade” – um “agora perpétuo” --¹¹; já no caso da fotografia algo ocorre entre o gesto do profissional e o dedo que clica. Nesse pequeno hiato, nesse instante de hesitação, ocorre uma dobra, uma possível reação.¹²

Gostaria de terminar com outra imagem do mesmo acervo e lote da Fundação Oswaldo Cruz, que igualmente pretende registrar a eficiência da medicina por lá praticada. Não tenho dúvidas acerca da importância da instituição naquela ocasião e nos dias de hoje também. Gostaria apenas de ler a imagem procurando nelas indícios dos artificios da operação fotográfica. Uma mulher negra acompanha, preocupada, as medidas tomadas pelo médico, Arthur Moncorvo Filho, que trata do seu bebê. Muito bem-vestida e

9 Eduardo Cadava and Paola Cortés-Rocca. “Notes on Love and Photography.” *October*, vol. 116, The MIT Press, 2006, pp. 3–34, <http://www.jstor.org/stable/40368422>.

10 Maurício Lissovsky. “A máquina de esperar”. In <http://ateliedaimagem.com.br/sistema/Arquitetural/ArquivosBibliotecal/54.pdf>

11 Ver Rosalind Krauss. *The Optical Unconscious*. Cambridge (Mass.), MIT Press, 1996, p. 213.

12 Maurício Lissovsky. “A fotografia e seus duplos: um quadro na parede”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.20, supl., nov. 2013, p.1363-1375.

com as cores do seu xale e de sua saia contrastando com as roupas da equipe médica, ela é retratada observando a situação com preocupação. Seu filho aparece já com os olhos fechados, o que é um indício para a legenda da foto que destaca que a criança de três meses sofre com um “caso gravíssimo” de “gripe pneumônica”; nome que se dava para os contaminados por gripe espanhola. A mãe mantém o olhar fixo e preocupado direcionado para a criança. Uma das enfermeiras trai os artifícios da cena, observando o fotógrafo que registra a atividade médica. O mesmo faz o dr Arthur Moncorvo, que claramente posa para a fotografia. Além deles, porém, outra figura – fora do contexto – se destaca: um rapaz mais jovem, de cabelos lisos, sem uniforme médico e chapéu, que observa diretamente o fotógrafo. Seria essa uma aula? Ou uma cena parada no tempo, especialmente realizada para constar como exemplo da atuação dos sanitaristas?



Doutor Arthur Moncorvo Filho consultando um bebê durante surto de gripe espanhola. Fotografia; p&nb; 17 x 12 cm. Lê-se no verso: O Dr. Moncorvo Filho examinando um caso gravíssimo de gripe pneumônica; numa criança de 3 meses. Rio de Janeiro, 1918. Acervo: Fundação Oswaldo Cruz. [cód.: BR RJ/COC MF-GI-IP-15-36]

O ambiente imaculadamente limpo e higienizado procura neutralizar a tristeza da cena, com uma criança, muito pequena, no meio da maca que parece imensa para seu corpo franzino, ganhando a centralidade da imagem.

Nenhum arquivo é neutro ou passivo nos elementos que resolve guardar ou que seleciona esquecer. E nesse caso, é evidente como o arquivo médico pretendeu fazer dessa morte um caso exemplar, no tratamento que da foto se intui. Diz o antropólogo Didier Fassin que exposto a determinadas situações “o corpo lembra”; ou seja, reage diante de ocasiões que lhes recordam o trauma, a violência e, no caso dessa mãe, a futura separação de seu

filho.¹³ Pois bem, essa e outras fotos aqui incluídas compõem não só um registro da morte como da vida que ainda resiste. É certo que não temos mais seus nomes, ou identidades próprias, mas podemos restituir um pouco de suas humanidades e subjetividades por meio de suas técnicas corporais que compõem gramáticas tão legíveis como aquelas escritas.¹⁴

Toda descrição é, como explica Baxandall, uma forma de interpretação.¹⁵ Não se desconhece, portanto, como a condução deste artigo, a caracterização das imagens já traz consigo uma maneira ver, uma forma de ler os documentos visuais. No entanto, o que pretendi mostrar, foi a existência de um certo “padrão de intenção”¹⁶, com as imagens antecipando maneiras de ver e de incluir os corpos doentes, que se transformam em “pacientes”, no sentido técnico e médico, mas também pacientes no sentido de “paciência”.

“Pacientes” se transformam no grande “otherness”, no termo inglês que melhor traduz a distância e a diferença que carregam.¹⁷ Uma efetiva política visual de representação: uma retórica de imagens.¹⁸ Segundo Natália Brizuela, “nós fotografamos as coisas a fim de expulsá-las de nossas mentes”¹⁹. Nos termos de Benjamin: “The most exact technique can give its products a magical value which a painted picture can no longer have for us. However skillful the photographer, however carefully he poses his model, the spectator feels an irresistible compulsion to look for the *tiny spark of chance*, of the here and now, with which reality has, as it were, seared the character in the picture; to find that imperceptible point at which, in the immediacy of that long-past moment, the future so persuasively inserts itself that, looking

13 Didier Fassin. *Enforcing order. Na ethnography of urban policing*. New York, John Wiley & Sons, 2013.

14 Marcel Mauss. “As técnicas corporais”. In *Ensaio sobre a dádiva*. São Paulo, Cosac & Naify, 2013.

15 Michael Baxandall. *Padrões de intenção. A explicação histórica dos quadros*. São Paulo, Companhia das Letras, 2006.

16 Para “padrões de intenção”, ver Baxandall, *op. cit.* Para a importância de analisar aquele que encomenda a foto vide Carlo Ginzburg. *Discurso de Piero*. São Paulo, Martins Fontes, 1997.

17 Michael Taussig. *Mimesis and alterity. A particular history of the senses*. New York, Routledge, 1993.

18 Ver Stuart Hall. “The spectacle of the other”. In: Hall, Stuart (ed.) *Representations. Cultural: Representations and Signifying Practices*. London, Sage and The Open University, 1997, pp.223-279.

19 Natália Brizuela. *Fotografia e império*. São Paulo, Companhia das Letras; Instituto Moreira Sales, 2012.

back, we may rediscover it”.²⁰ Cada fotografia carrega uma síntese uma história complexa da produção e da reprodução, que acaba por linká-las com outros tempos e lugares.²¹

Ao mesmo tempo que a fotografia tem a possibilidade de “arrancar” um pedaço de realidade – essa centelha de contingência, nos termos de Benjamin–, ela também faculta “capturar” subjetividades por vezes imperceptíveis no tempo da realização da foto. Muitas vezes subjetividades insurgentes que contam uma outra história fora do modelo médico e científico. Se o estúdio e o contexto codificam normas e percepções, o momento do *punctum* se apresenta como um instante não classificável, que irrompe da imagem fotográfica como se fosse uma paixão, uma picada, um pequeno ponto ou corte. É ele que revela uma espécie de inconsciente óptico da fotografia, aqueles desejos e medos que ativam a imagem, criando vínculos apenas latentes entre o fotógrafo e seu modelo, entre o espectador e a fotografia.

BIBLIOGRAFIA

- ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente: Da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- AZOULAY, Ariella. (2011). *Archive. Political Concepts: A Critical Lexicon*, v. 1, 2012. Disponível em: <http://www.politicalconcepts.org/archive-ariella-azoulay/>
- AZOULAY, Ariella. *The civil contract of the photography*. New York, Zone Books, 2008.
- BARTHES, Roland (1961). The photographic message. In: *Image, music, text*. Nova York, Hill and Wang, 1977, p.26.
- BAXANDALL, Michael. *Padrões de intenção. A explicação histórica dos quadros*. São Paulo, Companhia das Letras, 2006.
- BENJAMIN, Walter. *A Short History of Photography*. (1931). In: *On Photography*. London, Reaktion Books, 2015
- BRIZUELA, Natália. *Fotografia e império*. São Paulo, Companhia das Letras; Instituto Moreira Sales, 2012.
- CADAVA, Eduardo Cadava and CORTÉS-ROCCA, Paola. “Notes on Love and Photography”. *October*, vol. 116, The MIT Press, 2006, pp. 3–34, <http://www.jstor.org/stable/40368422>.
- CUNHA, Olívia M. Gomes da. “Do ponto de vista de quem? Diálogos, olhares e etnografias dos/nos arquivos”. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n.36, julho-dezembro de 2005, p. 7-32

20 Walter Benjamin. *A Short History of Photography*. (1931). In: *On Photography*. London, Reaktion Books, 2015.

21 Roland Barthes (1961). “The photographic message”. In: *Image, music, text*. Nova York, Hill and Wang, 1977, p.26.

- CUNHA, Olívia Maria Gomes da. “Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo”. *Mana*, n. 10, v. 2, 2005, p. 287-322.
- FASSIN, Didier. *Enforcing order. Na ethnography of urban policing*. New York, John Wiley & Sons, 2013.
- GINZBURG, Carlo. *Discurso de Piero*. São Paulo, Martins Fontes, 1997.
- HALL, Stuart. “The spectacle of the other”. In: HALL, Stuart (ed.) *Representations. Cultural: Representations and Signifying Practices*. London, Sage and The Open University, 1997, pp.223-279.
- HOBBSAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- KRAUSS, Rosalind. *The Optical Unconscious*. Cambridge (Mass.), MIT Press, 1996, p. 213.
- LISSOVSKY, Maurício. “A fotografia e seus duplos: um quadro na parede”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.20, supl., nov. 2013, p.1363-1375.
- LISSOVSKY, Maurício. “A máquina de esperar”. In <http://ateliedaimagem.com.br/sistema/Arquitetura/ArquivosBiblioteca/54.pdf>
- MAUSS, Marcel. “As técnicas corporais”. In *Ensaio sobre a dádiva*. São Paulo, Cosac & Naify, 2013.
- NAVA, Pedro. *Chão de Ferro*. São Paulo, Companhia das Letras, 2012.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloisa Murgel. *A bailarina da morte*. São Paulo, Companhia das Letras, 2020.
- SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão*. São Paulo, Companhia das Letras, 2003.
- TAUSSIG, Michael. *Mimesis and alterity. A particular history of the senses*. New York, Routledge, 1993.

Atendimento e Intervenção Psicológica durante a Covid-19 em Moçambique: uma reflexão sobre o Fluxograma e os Desafios do Tele-atendimento

José Salinas Reginaldo

O estudo sintetiza os resultados referente ao Atendimento e Intervenção Psicológica durante a Covid-19 em Moçambique. Na base da experiência pessoal concomitantemente com os profissionais da mesma classe ‘Psi’ - na qualidade de voluntários, apresento os desafios e o fluxograma dentro de uma nova abordagem para o contexto nacional, em caso de pandemia - o ‘Tele-Atendimento’. Trata-se de uma iniciativa que tem por finalidade de reflectir os impactos dos serviços do Tele-Atendimento em tempos da pandemia da COVID- 19, uma vez que esta tem patenteado como desafio global em várias dimensões e estruturas, por forma a garantir suporte face as crises de fórum psicológico. Considera-se, no entanto, uma experiência impar no contexto nacional, pois os esforços e as capacidades dos ‘Psi’ ao nível da intervenção remoto, permitem igualmente o aconselhamento, a triagem, a avaliação, o diagnóstico e o monitoramento/segmento com vista a mitigar os impactos negativos da COVID-19, com destaque nas crises de fórum psicológico. As actuações, certamente, tem contribuído significativamente para aproximar e conectar os ‘Psi’ na provisão de respostas desafiantes da pandemia. Nesse contexto, o estudo enquadra-se numa reflexão baseada na complementaridade metodológica, tendo como foco a descrição das experiências, a revisão da literatura (dialogando com alguns dos autores) olhando as questões ligadas ao Tele- Atendimento e os fluxogramas propostos para responder a pandemia da COVID 19. O estudo obedece um espaço temporal de Março de 2020 à Fevereiro de 2021. As conclusões leva-nos a propor: (i) um efectivo envolvimento da classe dos ‘Psi’ nas acções ligadas a Saúde Pública com impacto directo na Saúde Mental; (ii) a existência de dispositivos legais (Leis, Decretos, Normas e Regulamentos específicos) que orientam a obrigação do AIP em diferentes sectores em caso de uma pandemia ou fenómenos similares; (iii) que o Ministério de Saúde (MISAU), Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH) e outras Entidades, abra espaço para que haja envolvimento dos ‘Psi’ nos debates públicos com propósito de buscar estratégias e ou respostas psicológicas para delinear medidas e directrizes sectoriais; (iv) que os parceiros estratégicos, nacionais e

internacionais, onde as intervenções cruzam-se com a abordagem da psicologia, de colaborarem no sentido de promover os serviços Saúde e Bem-Estar, como imperiosa para a sociedade.

A pandemia da COVID 19 tem se destacado ao nível mundial por ainda estar a causar morbidade e mortalidade. Este cenário, logicamente tem impactado na economia e nos vários outros seguimentos da sociedade. Os esforços são evidentes, onde a implementação de medidas primárias de prevenção tem sido a estratégia global e basilar para mitigar a propagação. Moçambique não fica alheio as esses esforços, posicionando-se com a expansão da capacidade de diagnóstico laboratorial, permanente vigilância, a assistência médica, cuidados especializados (envolvendo diferentes seguimentos), assim como em busca de recursos ‘vacinas’¹ para imunização da população, com prioridade os grupos da linha de frente (primeira etapa), entre outras medidas de carácter normativo (Leis e Decretos).

Somos um país democraticamente jovem, com 46 anos da Independência e com cerca de 30 milhões da população. Portanto, nos últimos anos, o campo da psicologia tem se evidenciado e revelando um sustentável crescimento, como sinal de que a sociedade, particularmente as instituições públicas e privadas (conquanto incipientes) sentirem a necessidade dos serviços ligados ao Atendimento e Intervenção Psicológica (AIP) em diferentes dimensões.

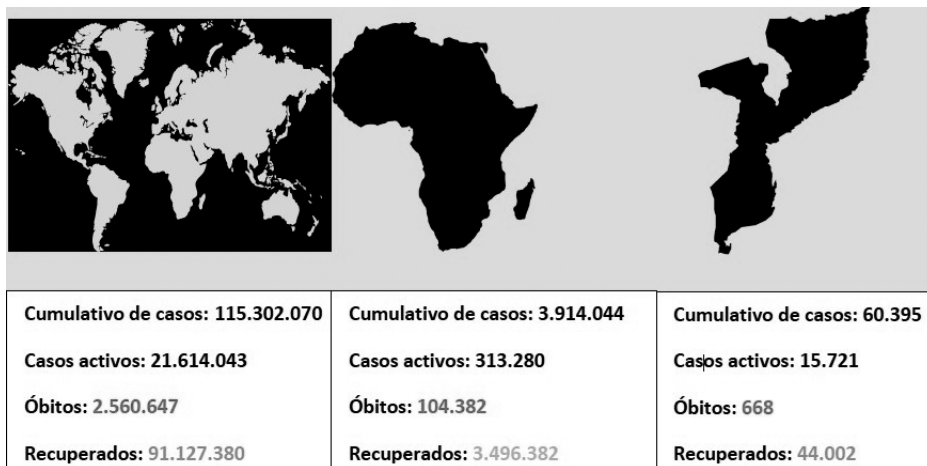
Com a COVID-19, claramente que os desafios no âmbito do AIP tornam-se cada vez mais preocupantes e desafiantes dado o impacto na qualidade da pandemia. Significa isso para os profissionais da ‘Psi’, tratar-se de um desafio que leva a reinventarem nos AIP e com soluções que minimizem diferentes traumas e perturbações, com respostas significativas para os diferentes ‘*segments of society*’.

Num contexto actual da pandemia, observa-se o quanto que o papel dos ‘Psi’ e as espectivos AIP’s, se tornam tão pertinente para outras classes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e pessoal de apoio), os da educação (professores, alunos, gestores, técnicos, pessoal de apoio), os de Forças de Defesa e Segurança (FDS), entre diferentes

1 Segundo o Plano Nacional de Vacinação (MISAU, 2021), a estratégia de procura da vacina adoptada pelo Governo compreenderá dois mecanismos: o da COVAX para cobrir 20% da população total que estão em maior risco e mecanismo complementar de aquisição directa de doses adicionais de vacina para cobrir até 100% da população actualmente elegível a vacinação.

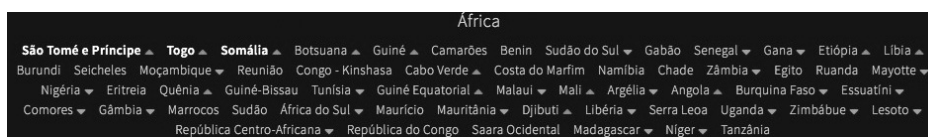
grupos de risco, por apresentarem forte mobilidade social. Dai, o desafio de cada vez mais expor os serviços, conjuntamente com a Associação de Psicologia de Moçambique – APM.

Cenários da COVID-19: Mundo, África e Moçambique



Fonte: (MISAU, 2021) <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios?limitstart=0>

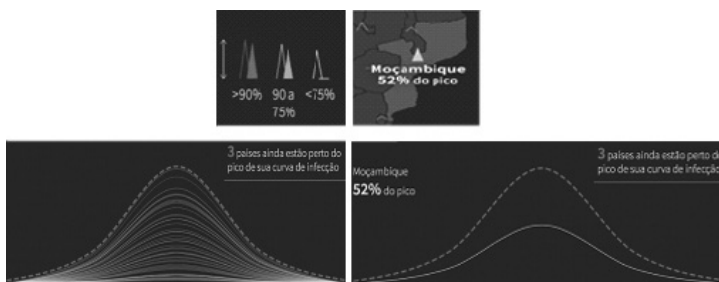
Os dados abaixo mostram o actual estágio dos países ao nível do continente africano. Dados que naturalmente reflectem e apresentam um comportamento de incremento e de redução que varia do indicador dos esforços de cada país.



Cenário de África: estágio de pico

De seguida, partilhamos os dados que reflectem o aumento e a diminuição das infecções em relação ao tamanho do surto dos países da África. Nisso, os dados são apresentados recorrendo a uma média contínua de 7 dias de novas infecções como sendo dados que são reportados pelos países comparativamente a média, chamado de período de *Pico*. Os dados referentes a este *Pico*, claramente que nos dá uma ideia melhor de quão longe está de conter a propagação do vírus em relação aos piores dias de seu surto.

Segundo os dados recentes (Fevereiro de 2020), os três países de África em cenário de *Pico* são: Togo; São Tomé e Príncipe e Somália (*tracejados a vermelho no gráfico abaixo*). Moçambique na ordem dos 52%.



<https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/regions/africa/>

A percentagem desse Pico reforça a ideia de mantermo-nos vigilantes, proactivos em busca de soluções sustentáveis, unidos e prevenidos como forma de conter a propagação do vírus, segundo os especialistas nacionais e internacionais. E para evitar a propagação, o epidemiologista moçambicano, A. Barreto, defende o ‘aperto’ das medidas restritivas obrigatórias ao nível de outras províncias de Moçambique². Paulo (2021)³, reforça com a ideia da possibilidade do Pico do COVID-19 em Moçambique, ser resultado da segunda onda que se observa ao nível da Europa, apelando que o distanciamento social e o uso de máscaras sejam soluções primárias para conter a proliferação. Considera ainda que o Governo tem um papel fundamental na mobilização de estratégias eficazes, que passa por isolar os focos, para garantir a diminuição significativa da curva de infecções.

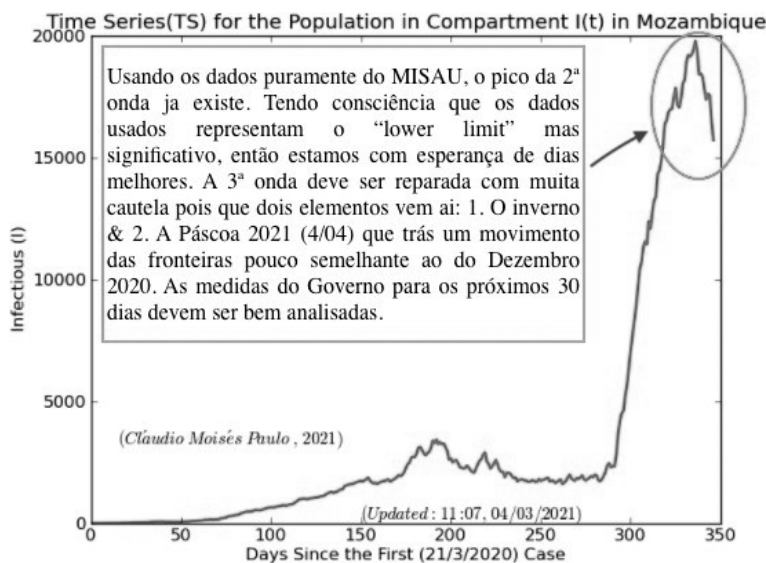
No que diz respeito ao distanciamento social, recorremos aos apelos e as mensagens-chave para a Covid-19 [11 e 12] da Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento da Saúde Mental (MISAU, 2020) exalta dos impactos negativos, caso de situações relacionadas com *stress* acentuado que podem reagir com pânico, ansiedade, pensamentos negativos e preocupação com o futuro; ajudando a criar actividades para manter os adolescentes, jovens e adultos ocupados. particularmente para as crianças podem ficar mais agitadas, irritadas ou impacientes.

2 STV-Moçambique, *Jornal da Noite do dia 3 de Março de 2021*.

3 *Astrofísico e Docente da UEM-Moçambique*. [<https://claudiompgalanhane.weebly.com/covid-19-em-moccedilambique.html>]

Portanto, analisando a visão e as perspectivas acima descritas, assim como dos dados partilhados pelo MISAU⁴, na rúbrica do Boletim Diário da COVID 19, remeto o desafio de se reflectir ao fundo no sentido de recorrerem as outras informações-chave ligadas ao impacto do Tele-Atendimento na base dos fluxos desenhados para o efeito.

Esse desafio, claramente, abre espaço para que a abordagem de Apoio Psicossocial (a Psicologia) tenha um outro olhar na sociedade moçambicana, promovendo, deste modo, respostas ao nível emocional significativas. Paralelamente a isso, advertir a necessidade de uma tomada de precauções sustentável em várias dimensões, destacando a questão da fiscalização, a tomada de consciência e responsabilidade social. Conforme (Paulo, 2021)⁵, há toda uma necessidade de se pensar em eventos cem como agir perante situações futuras que envolvem massas. Vide o gráfico abaixo.



As previsões acima, mostra claramente que as tendências diárias relacionadas em relação as novas infecções e mortes continuam a preocupar, daí a premente necessidade de se reforçar as medidas de prevenção.

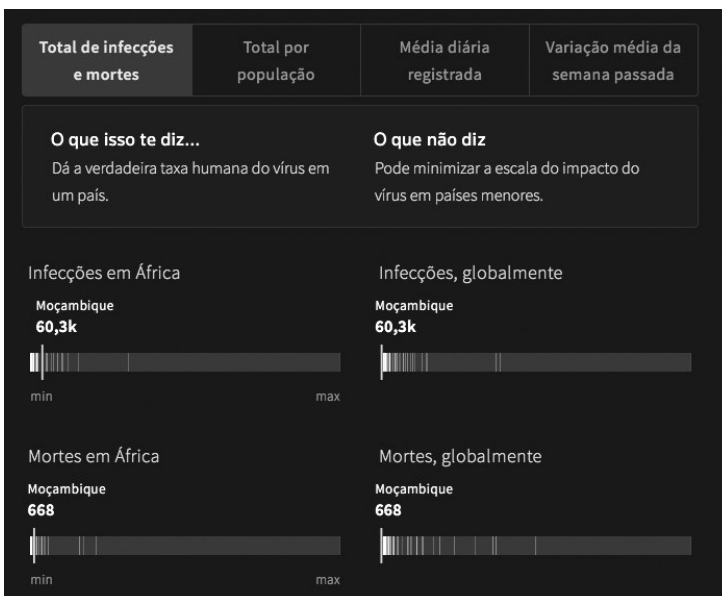
⁴ www.misau.co.mz

⁵ Publicado em Março de 2021, onde antecipa futuros cenários que podem promover uma nova vaga, por conta das novas estirpes/variantes da COVID que segundo as autoridades de saúde já se encontram no país.



Fonte: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/countries-and-territories/mozambique/>

Em relação aos dados comparativos entre África e Moçambique, é importante frisar que não existem uma estatística perfeita para comparar os surtos de diferentes países durante esta pandemia. Olhando para uma variedade, percebe-se de forma mais completa, podendo, os gráficos abaixo mostrarem variações com seus próprios pontos fortes e fracos, que marcam as formas como o surto se compara no país, no continente e no mundo em geral.



Fonte: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/countries-and-territories/mozambique/>

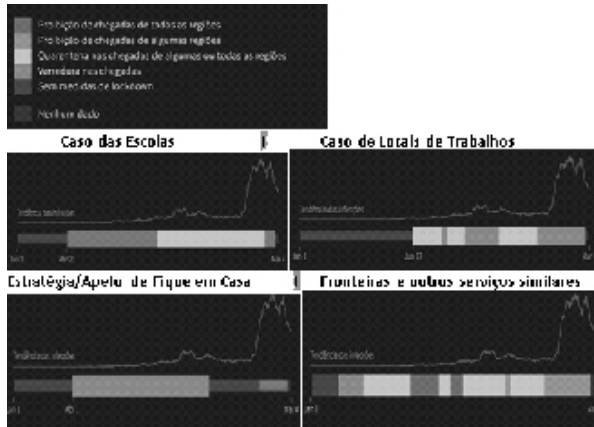
Marcos Legais e Cenário da COVID-19 em Moçambique

O dia 22 de Março de 2020 fica marcado pela confirmação do diagnóstico do primeiro caso positivo da COVID 19, através do MISAU. Por conta dessa informação, várias medidas de prevenção passaram a serem impostas como forma de mitigar a pandemia. Dias depois, O Presidente da República comunicou (em gesto de apelo) a nação para também partilhar medidas que reforcem a prevenção, tendo se destacado a questão do isolamento social e o uso das máscaras. Esta iniciativa surge como uma estratégia que surpreendeu a sociedade, gerando as manifestações de ansiedade, do pânico, do medo, da angústia, das incertezas, entre outras alterações de fórum emocional. Seguidamente, anunciou a suspensão das aulas em todos os níveis de ensino, sendo o Pré-Escolar, o Universitário, assim como o Ensino Técnico Profissional, com efeito a partir de 23 de Março de 2020. Essa decisão foi complementada com a suspensão de outras actividades sociais, a destacar: os cultos religiosos; a rotatividade dos funcionários nos locais de trabalho; espaços de lazer, de recreação e de realização de eventos que envolvem a multidão (desporto em várias modalidades).

Com o Decreto Presidencial no 11/2020 de Março, Declara o primeiro Estado de Emergência, numa abordagem de Calamidade Pública, em todo o território nacional. Nesse diapasão, vários outros encontros e regulamentos foram realizados e criados com o intuito de esclarecer pontualmente o Decreto. A semelhança dos outros países no mundo e na África em particular, Moçambique também recorre as diferentes estratégias e métodos opcionais para conter a propagação com recursos a mobilização e sensibilização social em relação a saúde individual e colectiva e outras medidas primárias de prevenção como o rastreio, o isolamento social, fechos de alguns espaços de risco (com destaque os de travessia/fronteiras, escolas, igrejas, restaurantes e bares), entre outras restrições. E, no âmbito do último comunicado (Decreto 2/2021 de 4 Fevereiro - BR N.23-2021-I SERIE) é surpreendentemente introduzido o recolher obrigatório na área Metropolitana da Grande Maputo.

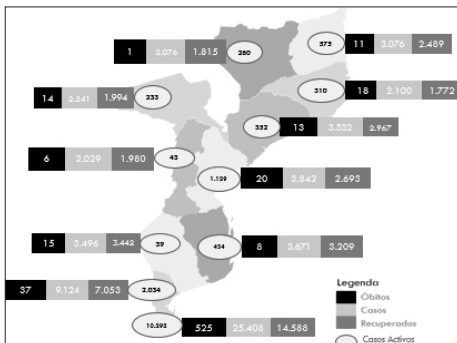
Notabilizando a preocupação face ao crescimento de casos positivos da COVID 19, quer ao nível mundial, quer nacional, o Governo voltou a definir medidas paralelas para mitigar a prevenção da pandemia, na base de vários instrumentos legais e normativos, com orientações claras e objectivas. O gráfico abaixo mostra como diferentes medidas de foram implementadas durante o curso da pandemia com destaque nas escolas,

locais de trabalho, fique em casa e fronteiras e outros serviços similares. Infelizmente, não foi possível ter dados referente aos serviços do Atendimento e Intervenção Psicológica - AIP.



Diante dos comentários e observações apresentadas na parte introdutória do estudo, valerá partilhar o actual cenário da COVID 19 ao nível nacional, com maior destaque na apresentação dos dados estatísticos comparando com o resto dos países do continente Africano. Os dados estatísticos partilhados nesse estudo mostram claramente as rápidas mudanças que variam de acordo com o local. Para alguns, a contagem total inclui tanto os casos confirmados quanto os prováveis. Os casos prováveis são identificados pelas autoridades de saúde pública com critérios desenvolvidos por órgãos do Governo. Os dados são actualizados constantemente com informações de recursos do mundo todo.

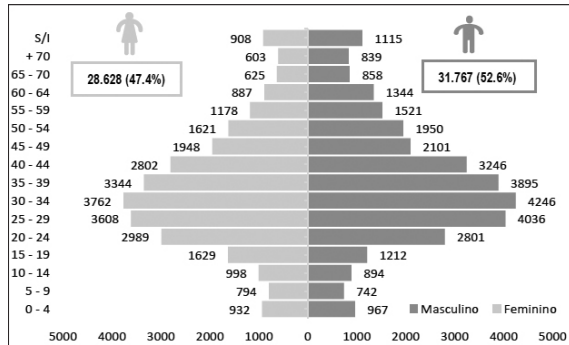
Distribuição de Casos por Províncias



Fonte: (MISAU, 2021) - <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios?limitstart=0>

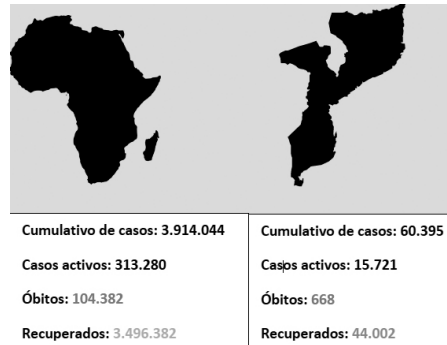
Distribuição de Casos por Sexo e Grupo Etário

Fonte: (MISAU, 2021) - <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios?limitstart=0>



Distribuição de Casos por Sexo e Grupo Etário

Fonte: (MISAU, 2021) - <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios?limitstart=0>



Reflexão da Intervenção Psicológica vs Desafios do Tele-Atendimento

A COVID 19 no âmbito das demandas de psicologia, carrega um conjunto de respostas/perturbações emocionalmente negativas, como é o caso da ansiedade, da alteração do humor, o medo, a ira, a depressão, as perturbações alimentares, tentativas de suicídio, que por sua vez precisam de serem estrategicamente monitoradas por profissionais que demanda a área. Nesse sentido, na base do objecto do estudo, urge a necessidade de aprofundar até que ponto a disponibilidade dos serviços do Tele-Atendimento nas suas diversas formas de intervenção, tem sido útil e satisfatório para os pacientes e afectados positivos da COVID19.

A Psicologia ao nível do contexto do país, ainda não é considerada como uma actividade que possa contribuir significativamente na definição do desenho das políticas de saúde publicas entre outras. Portanto, é possível, nos dias de hoje, com o surgimento da pandemia da COVID 19, o não

envolvimento da rede dos profissionais em busca de soluções em diferentes frentes. O exemplo das propostas normativas e regulamentos, observa-se a ausência dos ‘Psi’ ao nível nacional, assim como da Direcção da Associação de Psicologia de Moçambique (APM) nos debates que culminam com as decisões e respostas em diferentes níveis. Portanto, a lacuna do não envolvimento dos profissionais de ‘Psi’, carrega uma preocupação de perceber que a questão da Saúde Mental e do Bem-Estar emocional da sociedade não constitui prioridade na nossa sociedade, quer ao nível das políticas públicas, quer em intervenções de pequena ou média escala.

O nosso olhar (sentimento colectivo na qualidade de profissionais de ‘Psi’), na verdade está na ausência/falta de uma comunicação permanente e assertiva, que possa contribuir, desse modo, para o “desperdício das capacidades dos profissionais de Psi” com vista a agregarem soluções de carácter psicológica nas suas estratégias de prevenção. Com base nessa desconexão, os profissionais de ‘Psi’ com suporte efectivo da APM, tomaram a iniciativa de planificar e definirem estratégias para o atendimento na modalidade on-line com recursos a Tele-atendimento (plataformas digitais: Skype, Zoom, G-Meet, entre outras), impulsionada também, pelas estratégias propostas pelo governo, destacando o isolamento social.

O nosso lema associa-se ao proposto pelo MISAU, que tem uma visão de *tranquilizar, informar e orientar* aos utentes/clientes que recorrerem aos nossos serviços. Recordar que se trata de um trabalho voluntário dos profissionais de ‘Psi’ no país, apadrinhado pela Associação de Psicologia de Moçambique (APM)⁶.

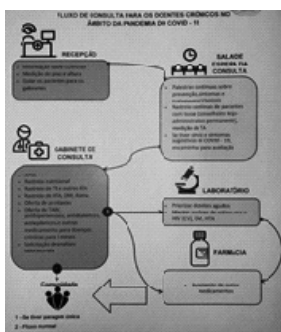
Pois, na nossa visão, ela gera dilemas emocionais de várias ordem que poderão impactar negativamente no normal desenvolvimento das crianças, jovens, adultos e idosos, obrigando a este grupo a procurar os profissionais de ‘Psi’ para superarem as crises. Para Guambe (2020), considera que em Moçambique particularmente, as pessoas buscam o Atendimento e Intervenção Psicológica (AIP) devido a dificuldades em lidar com o estresse, de gerir a rotina das crianças no espaço doméstico, problemas conjugais que antes o casal encontrava refúgio no trabalho, entre outros de fórum emocional que afectam a saúde mental da população.

6 *Importa recordar que a iniciativa envolve aproximadamente 60 profissionais de ‘Psi’. Desde Maio de 2020 à 2021, já atender e referenciou um número aproximado de 230 utentes/clientes. A orientação passa pela partilha de informações gerais de carácter tranquilizador, aconselhamento, agendamento de sessões que envolve as diferentes redes de suporte (varia de caso para caso).*

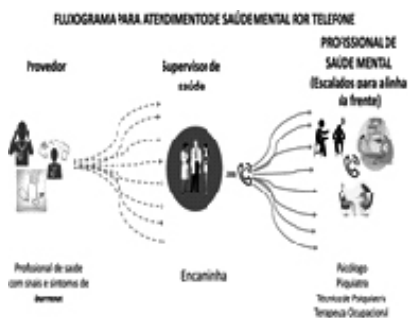
As Demandas Psicológicas e o Tele-atendimento vs Fluxograma de Apoio Psicossocial

Assim, os desafios do Tele-atendimento para os profissionais de ‘Psi’ em Moçambique, passa necessariamente por pensar em agir e ou actuar na perspectiva de colectividade, como uma grupo comprometido e engajado em atender as demandas emergenciais, embora as dificuldades de aceitação de intervenção psicológica serem ainda maiores por parte da sociedade. Esse esforço, deve ser complementado com a criação de instrumentos legais que regulamenta e orientam a prática psicológica no país. Certamente que facilitará a partilha, assim como a harmonização das técnicas, metodologias.

Outra abordagem a tomar em consideração, segundo (Guambe, 2020) “passa por romper as barreiras e influências ligadas as crenças alojadas pela nossa cultura em diferentes comunidades”. Numa perspectiva de parceria, reforçar os níveis de diálogos com as diferentes forças vivas do país, com destaque os campos que cruzam com a psicologia, que inclui pesquisa-intervenção junto com as organizações e entidades que intervêm com a abordagem psicológica, evitando assim, desconsiderar e ou reduzir a psicologia a grandes patologias. Ao nível do MISAU (2020), vários fluxogramas foram desenvolvidos por forma a atender os pacientes infectados e afectados pela COVID 19, o que nos permite concluir que responde significativamente o contexto, uma fez tomar em consideração os vários estágios ou níveis de consultas incluindo a de Apoio Psicossocial, quer presencial, quer na modalidade remoto ‘Tele-atendimento’ envolvendo grupos diversificados (vide os fluxogramas abaixo ou em <https://www.misau.gov.mz/index.php/normas-procedimentos-e-fluxos>).



Fonte: Misau (DNSM, 2020) – Flux. para Apoio aos Profissionais de Saúde



Fonte: Misau (DNSM, 2020) Flux. para Doentes Crónico da COVID



Fonte: Misau (DNSM, 2020) –
Flux. de Apoio aos pacientes infectados com COVID



Fonte: MISAU (DNSM, 2020) Flux. de Apoio aos Afetados

Proposta do Fluxograma Revisto para o Apoio Psicossocial com recurso ao Tele-Atendimento



Fonte: MISAU (DNSM, 2020) – Flux. de Apoio a População em Geral (infectados e afectados pelo COVID)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução afirmamos da necessidade de analisar o contributo dos profissionais de 'Psi' em Moçambique no âmbito do tele-atendimento, na qualidade de um processo inovador, impactando de forma satisfatória, apesar de desafiante. Essa proposta e iniciativa levou-nos ao estabelecimento de diferenças conceituais entre a psicologia e o tele-atendimento, as formas de integração e inclusão numa perspectiva transformacional.

Considerando a distância temporal da realização do estudo, percebe-se que ainda há muito por se fazer em diferentes dimensões sociais, uma vez que a sociedade clama pelos serviços e o nível de respostas ainda em elaboração. Portanto, urge toda a necessidade de ampliar as estratégias no campo da informação para naturalmente publicar e promover os serviços da psicologia no país, principalmente no atendimento das demandas de fórum psicológico. Entretanto, cingindo-nos apenas no tempo da pesquisa, as nossas análises, mesmo. Portanto, em momentos como este, o da pandemia por conta da COVID 19, os níveis de enfrentamento, conduzem aos profissionais de 'Psi' a reflectir e reinventarem face as diferentes realidades e cenários do país, desafiando-se a buscar respostas e evidencias para o presente e soluções futuras. Para isso, torna-se necessário que as estratégias globais no enfrentamento as pandemias, passem a ser mais efectivos e colaborativas.

A abordagem da Saúde Mental em Moçambique, com foco no AIP, tem que ganhar uma imagem diferenciada, ou seja, a que promova a segurança e sustentabilidade para a sociedade, daí a necessidade de não relaxar o envolvimento nos eventos similares, destacando-se pela sua contribuição em primeiro plano nas políticas de saúde públicas. Para finalizar, reiteramos a necessidade dos profissionais de 'Psi, em Moçambique, assumir e adaptarem-se com as dinâmicas da sociedade e, com urgência o seu protagonismo em diferentes campos de actuação. Pensamos no entanto, que certas propostas, como e o caso da reorganização da classe dos profissionais de 'Psi' devem atender os fluxos dos serviços dada a demanda e garantir um pronto Atendimento e Intervenção Psicologia – AIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MISAU. Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento da Saúde Mental (MISAU, 2020)
MISAU.<https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/regions/africa/>

MISAU. Boletim Diário. Disponível em <https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios?limitstart=0>. 2021

MISAU. Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 em Moçambique, Março de 2021.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MISAU). Nota de Critérios de alta do isolamento domiciliar por covid-19 em Moçambique REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. Despacho N.º 14/2020

MISAU. Fluxograma do Atendimento Telefónico

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MISAU e Gabinete do Ministro, Despacho N.º 3/GMS/2020 - Cria a Comissão de Emergência no MISAU para assegurar as respostas ao COVID

MISAU. Fluxograma do Atendimento Telefónico

MISAU. Boletim Diário N.º 351 Actualização de 03 de Março de 2021 MISAU. Fluxogramas Protocolos no âmbito do Atendimento da COVID-19 MISAU. Mensagens-Chave de Saúde Mental.

Constança Manuel, a infeliz princesa que teria sido vitimada pela peste negra: ponto de partida para pensar a(s) pandemia(s) no contexto português

Flavia Maria Corradin



Em tempos pandêmicos, o Prof. José Aparecido da Silva e a Rosemary Conceição dos Santos tiveram a gentileza de se lembrarem do meu nome para proferir uma das conferências magnas 1º Encontro Internacional de Saúde Mental e Reações Psicológicas e Neurológicas à COVID- 19, que reúne renomados pesquisadores em torno do tema, provenientes de diferentes centros de pesquisa nacionais e internacionais.

Sinceramente não sei se tenho cabedal para isto, já que, se num primeiro momento lia e ouvia tudo que remetia ao assunto, mais ou menos a partir de julho passado, por opção, tenho estado bem alheia aos acontecimentos e apenas, episodicamente, dedico minha atenção a tão importante questão. Isto se deve ao fato de que, eu mesma estava sendo demasiadamente afetada no âmbito psicológico pelos desdobramentos relacionados à COVID-19. Se meu ânimo e humor já não estavam em seus melhores dias, o distanciamento físico daqueles que me são queridos e também do convívio com alunos, orientandos e colegas não trouxe bons frutos. Além de tudo os desajustes no trato com a pandemia, oriundos notadamente do governo federal, acabaram por me fazer decidir ficar o mais possível à margem dos acontecimentos. Claro que em momentos chave como aqueles que envolvem o desenvolvimento e aprovação de diferentes vacinas me trouxeram para a realidade. Portanto, pelo exposto acima, fica patente que não sou a pessoa indicada para tratar do tema.

No entanto, instada pelos organizadores, resolvi dar tratos à bola para pensar em algo minimamente inteligente e atrativo. Assim, resolvi partir de uma personagem que vem me ocupando no momento, D. Constança Manuel, para pensar a questão da(s) pandemia(s) no universo literário e cultural português, em última instância, temática que, além de ser meu ganha-pão, alicerça em minha zona de conforto.



Peste Negra, imagem ilustrativa. Foto Shutterstock.

Um dos temas mais tratados ao longo destes últimos 666 anos, quando o assunto enfoca Literatura, História ou Cultura portuguesas, é a relação entre Pedro, infante, depois Rei de Portugal (* Coimbra, 8 de abril de 1320/+ Estremoz, 18 de janeiro de 1367), e Inês de Castro (*Reino da Galiza, 1325/+ Coimbra, 7 de janeiro de 1355), uma aia, que acompanhava a esposa de Pedro, Constança Manuel de Villena, em espanhol, Constanza Manuel de Villeña (*Castillo de Garcimuñoz, Espanha 1316/+ Santarém ou Lisboa, 1345 ou 1349), em sua viagem a Portugal. Este tema, como sabemos, transformou-se inclusive em mito ao longo dos séculos que se seguiram. Esta intervenção não pretende tratar essencialmente da relação Pedro e Inês, cujo assunto, com certeza, ainda é objeto de resmas de papel ou, num universo pandêmico, de muitos bytes na rede. Intenta-se aqui partir do exame da figura de Constança Manuel, personagem que vem sendo relegada a plano subalterno ao longo da história e mitologia portuguesas.

A infeliz princesa é filha de D. João Manuel, príncipe de Villena, Duque de Penafiel, tutor de Afonso XI de Castela, «poderoso e esforçado magnate de Castela», era bisneto do rei Fernando III de Castela e de D. Constança, infanta de Aragão. Desde cedo sua vida foi marcada por um sem número de infortúnios. Casada em tenra idade por “palavras de futuro” com D. João, o Torto, cedo fica viúva, não tendo consumada a união, já que o noivo conspira com o sogro para destronar Afonso XI, de Castela por quem é apunhalado.

Em seguida, D. João Manuel acerta o casamento da filha com o agora pupilo Afonso XI de Castela, que na época contava com 14 anos de idade e acabara de entrar na maioridade. Ratificada pelas cortes em Valladolid, a 28 de março de 1325, a união não seria consumada. Interessado numa aliança com a coroa portuguesa, Afonso repudiou-a e prendeu-a no Castelo de Toro, desfazendo completamente o projeto em 1327 e casando-se no ano seguinte com Maria de Portugal, filha de D. Afonso IV.

Foi combinado assim novo casamento com o infante D. Pedro, irmão de Maria de Portugal e seu primo afastado. Deste modo, D. João Manuel, pretendia reparar o procedimento do soberano castelhano.

No entanto, Afonso XI vingava-se contra a família de D. João Manuel, consentindo no casamento por procuração, cuja cerimônia teve lugar no Convento de São Francisco em Évora, a 6 de fevereiro de 1336. Estavam presentes o infante D. Pedro e os seus pais e, por parte de Constança, Fernão e Lopo Garcia. O dote da noiva, quantia de vulto, foi ajustado em 300 mil dobras. No entanto, Afonso XI não permite a saída da noiva de Castela, mantendo-a prisioneira no Castelo de Toro por quatro anos.

A resolução de reter Constança deu origem a um conflito entre os dois reinos que, no contexto da Reconquista de então, seria aproveitado pelos inimigos mouros. Percebendo a situação, Afonso IV de Portugal e Afonso XI de Leão e Castela negociaram e assinariam uma paz em Sevilha, em Julho de 1340.

O casamento com a presença dos dois noivos foi então celebrado em Lisboa, a 24 de agosto de 1339. As rainhas de Portugal contaram, desde cedo, com os rendimentos de bens adquiridos, na maioria, por doação. D. Constança recebeu como dote as vilas de Montemor-o-Novo, Alenquer e Viseu.

No séquito de aias de Constança vinha Inês de Castro, jovem galega, filha natural do poderoso fidalgo Pedro Fernandes de Castro. Por ela, o príncipe Pedro se apaixonaria, trazendo à tona, por um lado, um dos romances mais fervorosos da história, por outro, mais um lance na triste vida de D. Constança Manuel.

Em 27 de fevereiro de 1340, D. Constança dá à luz seu primogênito, D. Luiz, que vem a falecer cerca de dez dias depois, em 06 de março. Mais um triste acontecimento na vida da princesa. Mãe de duas outras crianças, Maria, Infanta de Portugal (*6 de abril de 1342 / +137?) e D. Fernando, que viria a ser o 9.º rei de Portugal (*Coimbra, 31 de outubro de 1345/+ Lisboa, 23 de outubro de 1383).

Até finais do século XX, a história contava que D. Constança teria morrido em novembro de 1345 em consequência do parto de seu terceiro filho. Estudos mais recentes narram que D. Constança teria falecido em 1349, vitimada pela peste negra que assolava a Europa. Esta versão vem ganhando força, uma vez que, de algum modo, explicaria o assassinato de Inês de Castro, em 07 de janeiro de 1355. Segundo as Ordenações Afonsinas, primeiro sistema jurídico que reunia as Ordenações do Reino, de modo a

suportar todos os aspectos legais da vida dos súditos portugueses, e o direito, entendido como fruto das relações sociais, foi decisivo no esforço perante uma organização civil, uma vez que as mudanças jurídicas estão relacionadas com transformações sociais, políticas e econômicas. Nesse aspecto, as Ordenações fornecem elementos para a compreensão do período da sociedade¹.

Embora tenham sido elaboradas durante os reinados de João I, D. Duarte e D. Afonso V, tal sistema jurídico é a “primeira grande compilação das leis esparsas em vigor”². Dentre as quais, aquela que rezava acerca de uma espécie de união estável, a qual considerava legítima a relação de um casal passados sete anos de convivência mútua, segundo aquilo que está expresso no Livro IV das referidas Ordenações Afonsinas, o qual conta com 112 títulos, que tratam do direito civil. Isto explicaria o fato de o assassinato de D. Inês ter ocorrido em 1355, quando estaria perto de completar os tais sete anos de união entre Pedro e Inês, o que seria um eloquente índice de que a provável morte de D. Constança teria ocorrido em 1349.

Vale a pena lembrar que sua cunhada Leonor de Portugal (*Coimbra, maio de 1328?/ + Jérica, 30 de outubro de 1348, a filha mais nova do rei Afonso IV e de Beatriz de Castela, irmã de Maria de Portugal, Rainha de Castela, e de Pedro I, rainha de Aragão pelo consórcio com Pedro IV de Ara-

1 <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/732503394/uma-passagem-pelas-ordenacoes-afonsinas-manuelinas-e-filipinas>. Acesso em 09/Fev./202.

2 <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/732503394/uma-passagem-pelas-ordenacoes-afonsinas-manuelinas-e-filipinas>. Acesso em 09/Fev./2021.

ção com quem se casou em 14 ou 15 de Novembro de 1347, em Barcelona, também foi vitimada pela peste negra.

Leonor veio a falecer, aos 20 anos, em 30 de outubro de 1348 no caminho para Jérica depois de ter contraído a peste quando estava em Teruel. Seu corpo foi enterrado primeiramente em Jérica e em junho de 1350 foi transferido e sepultado no panteão dos reis no Mosteiro de Santa Maria de Poblet, atual Espanha.

A Peste Negra, também conhecida como Grande Peste, Peste ou Praga foi, esperamos, a pandemia mais devastadora registrada na história humana, tendo resultado na morte de 75 a 200 milhões de pessoas na Eurásia, atingindo o pico na Europa entre os anos de 1347 e 1351. Acredita-se que a bactéria *Yersinia pestis*, que resulta em várias formas de peste, septicêmica, pneumônica e, a mais comum, bubônica, tenha sido a causa. A história da humanidade deve, sem dúvida alguma, seu estágio atual à manifestação desta praga, responsável obviamente por distúrbios sanitários, com consequências que assolam também os aspectos religiosos, sociais e econômicos.

A Peste Negra provavelmente teve a sua origem na Ásia Central ou na Ásia Oriental de onde teria emigrado ao longo da Rota da Seda, chegando à Crimeia à volta de 1343. Daí teria sido transportada por pulgas que viviam nos ratos que viajavam em navios mercantes genoveses, espalhando-se por toda a bacia do Mediterrâneo, atingindo o resto da Europa através da península italiana. Estima-se que a Peste Negra tenha matado entre 30% a 60% da população da Europa. No total, censos dos últimos anos estimaram que a peste pode ter reduzido a população mundial de 475 milhões para 350–375 milhões no século XIV.

Segundo André Silva, estudioso da Universidade do Porto, que desenvolve atualmente uma tese de doutoramento sobre a Peste Negra no Portugal Medieval, a grande peste teria chegado a Portugal no início do verão de 1348 e, provavelmente, prolongou-se até aos primeiros meses de 1349. A contaminação inicial deverá ter acontecido por via marítima. Ainda de acordo com o pesquisador, são escassas e/ou bastante fragmentárias as fontes que registram o desenvolvimento da doença em Portugal. Nem mesmo os testamentos, fonte recorrente para os estudos da peste são facilmente encontrados no período estudado pelo doutorando, entre 1310 e 1379. O trabalho, restrito a duas regiões portuguesas – Entre-Douro-e-Minho e Entre-Tejo-e-Odiana –, foi realizado basicamente a partir do exame de contratos enfiteúticos, ou seja, contratos onde um proprietário ou instituição cede o domínio útil de uma

terra ou imóvel a um enfiteuta, isto é um arrendatário, por um período, mediante o pagamento de uma fração da produção. Deste modo, “as alterações que são feitas aos formulários destes contractos, os seus fluxos de produção, as alterações de rendas entre o período pré- peste e pós- peste, são indicadores de que há um momento de mudança, seja ruptura ou transição”³.

Sabe-se ainda que Portugal foi assolado por epidemias recorrentes no fim da Idade Média (séculos XIV e XV). Oito moléstias eram consideradas contagiosas no período medieval: peste bubônica, tuberculose, epilepsia, sarna, erisipela, antraz, tracoma e lepra. A situação portuguesa não se alterou consideravelmente nos séculos seguintes.

Ainda inserido no percurso do mito inesiano, pouco mais de dois séculos depois da morte de D. Constança, falece, vitimado ainda pela peste negra que continua, de tempos em tempos, a assolar o país o escritor português António Ferreira (*Lisboa, 1528/ +Lisboa, 29 de novembro de 1569), cuja produção mais importante é justamente a tragédia *Castro*. Publicada postumamente em 1587, a peça vai inaugurar o Classicismo em Portugal, na medida em que dialoga com modelos teatrais greco- latinos.

Nesta “segunda onda”, já que o pequeno país ibérico, nomeadamente sua capital, passou pela epidemia da peste cerca de vinte vezes ao longo do curso da História. Como dizia, esta “segunda onda” parece ter sido ainda mais devastadora do que aquela ocorrida no Trezentos, ficando conhecida como a Grande Peste de Lisboa. Cerca de seiscentas pessoas morriam por dia, resultando num total de mais sessenta mil morte, entre julho de 1569 e a primavera de 1570. Concentremo-nos mais especificamente no contexto oitocentista, marcado por inquietantes questões políticas, como a vinda da família real para o Brasil em 1808, as revoltas entre absolutistas e liberais, mas também por um período de certa tranquilidade a partir da metade do Oitocentos. Foi neste período que o tifo, a difteria, a cólera, a febre amarela e a tuberculose se desenvolveram em larga escala no país.

D. Pedro V (*Lisboa, 16 de setembro de 1837 /+ Lisboa, 11 de novembro de 1861), monarca que poderia ter incluído Portugal mais marcadamente no contexto europeu, graças à influência marcante de seu pai Fernando Jorge Augusto de Saxe-Coburgo-Gota, acabou sendo precocemente levado pela febre tifoide com apenas 24 anos de idade. Dois anos antes sua esposa,

3 <https://narrativasdeumapandemia.wordpress.com/2020/04/13/a-pestes-negra-no-portugal-medieval/>. Acesso em 09/Fev./2021.

Estefânia de Hohenzollern-Sigmaringen (*Krauchenwies, Alemanha, 15 de julho de 1837/+ Lisboa, 17 de julho de 1859), com quem se casara em 1858, fora vitimada pela difteria.

No domínio artístico poderíamos lembrar, dente muitos outros nomes, os dos escritores Júlio Diniz, pseudônimo de Joaquim Guilherme Gomes Coelho (*Porto, 14 de novembro de 1839/+– Porto, 12 de setembro de 1871) e Cesário Verde (*Lisboa, 25 de Fevereiro de 1855/+Lisboa, 19 de Julho de 1886), ambos vitimados pelo mal do século, ou seja, a tuberculose.

O primeiro frequentou a Escola Médico-Cirúrgica do Porto, formando-se em 1861. Debilitado pela tuberculose, foi obrigado a recolher-se em Ovar e depois na Madeira, período em que se dedica à Literatura. Júlio Diniz acaba falecendo de tuberculose, antes de completar 32 anos de idade.

Cesário Verde começa a apresentar sinais de tuberculose pulmonar em 1877, doença que já tinha levado a sua irmã Maria Júlia Verde (*1853/+1872) e posteriormente seu irmão Joaquim Tomás Verde (*1858/+1882). Estas mortes inspiraram um de seus principais poemas, *Nós*, de 1884. Bastante longo, transcrevo, no entanto, excertos que remetem à tuberculose que levou os Verde, mas que, também de algum modo, antecipam a situação que vivemos no decurso deste último ano:

Foi quando em dois verões, seguidamente, a Febre
E o Cólera também andaram na cidade,
Que esta população, com um terror de lebre,
Fugiu da capital como da tempestade.

Ora, meu pai, depois das nossas vidas salvas
(Até então nós só tivéramos sarampo),
Tanto nos viu crescer entre uns montões de malvas
Que ele ganhou por isso um grande amor ao campo!

Se acaso o conta, ainda a fronte se lhe enruga:
O que se ouvia sempre era o dobrar dos sinos;
Mesmo no nosso prédio, os outros inquilinos
Morreram todos. Nós salvamo-nos na fuga.

Na parte mercantil, foco da epidemia,
Um pânico! Nem um navio entrava a barra,

A alfândega parou, nenhuma loja abria,
E os turbulentos cais cessaram a algazarra.

Pela manhã, em vez dos trens dos batizados,
Rodavam sem cessar as seges dos enterros.
Que triste a sucessão dos armazéns fechados!
Como um domingo inglês na City, que desterros!

Sem canalização, em muitos burgos ermos
Secavam dejeções cobertas de mosqueiros.
E os médicos, ao pé dos padres e coveiros,
Os últimos fiéis, tremiam dos enfermos!

Uma iluminação a azeite de purgueira,
De noite amarelava os prédios macilentos.
Barricas de alcatrão ardiam; de maneira
Que tinham tons de inferno outros arruamentos.

(...)

Unicamente, a minha doce irmã,
Como uma tênue e imaculada rosa
Dava a nota galante a melindrosa
Na trabalhadeira rústica, aldeã.

E foi num ano pródigo, excelente,
Cuja amargura nada sei que adoce,
Que nós perdemos essa flor precoce,
Que cresceu e morreu rapidamente!

Ai daqueles que nascem neste caos,
E, sendo fracos, sejam generosos!
As doenças assaltam os bondosos
E - custa a crer - deixam viver os maus!

(...)

Tínhamos nós voltado à capital maldita,
Eu vinha de polir isto tranquilamente,
Quando nos sucedeu uma cruel desdita,

Pois um de nós caiu, de súbito, doente.

Uma tuberculose abria-lhe cavernas!
Dá-me rebate ainda o seu tossir profundo!
E eu sempre lembrarei, triste, as palavras ternas,
Com que se despediu de todos e do mundo!

Pobre rapaz robusto e cheio de futuro!
Mas sei dum infortúnio imenso como o seu!
Viu o seu fim chegar como um medonho muro,
E, sem querer, aflito e atônito, morreu!...

(...)

E agora, de tal modo a minha vida é dura,
Tenho momentos maus, tão tristes, tão perversos,
Que sinto só desdém pela literatura,
E até desprezo e esqueço os meus amados versos!

Entremos pelo século XX e com ele chega uma nova pandemia, conhecida como gripe espanhola, surto do vírus influenza, que se espalhou pelo mundo entre 1918 e 1919. Recebeu este nome em razão da forte divulgação do problema na imprensa espanhola, que não sofria de censura, como acontecia nos países envolvidos no litígio mundial, uma vez que divulgar as notícias de que a gripe espanhola tinha afetado suas tropas poderia ser muito ruim para o moral dos soldados, espalhando pânico na população. Pouco se sabe acerca da origem da pandemia. A versão mais aceita pelos cientistas prega que a gripe espanhola teria surgido em campos de treinamento militar nos Estados Unidos. Isso porque os primeiros casos da doença também foram lá registrados. Também o número de vítimas é bastante incerto. Estima-se que a gripe espanhola levou cerca de 50 milhões de pessoas, embora algumas estatísticas falem em até 100 milhões de mortos.

Em Portugal o número oficial de vítimas é superior a 60 mil. A doença varreu o país a uma grande velocidade, tanto assim que a falta de caixões para os funerais foi um dos resultados imediatos, qualquer semelhança com a contemporaneidade não é mera coincidência. Afirma-se que muitas famílias compravam caixões por antecipação e guardavam debaixo das camas onde os seus membros agonizavam. A entrada da doença no país deu-se por meio dos

trabalhadores portugueses que iam para Badajoz e Olivença e que trouxeram a doença para a localidade alentejana de Vila Viçosa, onde, no fim de maio de 1918, ocorre a primeira morte. Ainda que os mortos portugueses contem uma ínfima parte dos mais de 20 milhões de vítimas em todo o mundo – embora existam estimativas que apontam para números bem mais altos –, é uma quantidade tão impressionante que pode ser considerada a mais alta para uma doença do gênero em Portugal.

Como se pode perceber, o exíguo território português não escapou às epidemias que grassavam a Europa desde o medievo, onde as condições sanitárias bastante deficitárias vieram a contribuir para o agravamento destas doenças. Embora diversas ondas de diferentes doenças continuaram presentes na contemporaneidade, chegamos ao final da segunda década do século XXI com uma pandemia globalizada. O primeiro caso confirmado de Coronavírus em Portugal deu-se no dia 02 de março de 2020, na cidade do Porto, no norte do País. Tratava-se de um médico de 60 anos que esteve em férias no norte da Itália. Logo em seguida, testou positivo para SARS-CoV-2 um outro homem também do Porto, de 33 anos, que esteve em Valência, na Espanha, a trabalho. A primeira morte acontece no dia 16 de março de 2020, Mário Veríssimo, um massagista desportivo com 81 anos. Pouco depois, foi a vez de António Vieira Monteiro, presidente do Conselho de Administração do Banco Santander.

Em novembro passado, vem a chamada segunda onda e em janeiro último a terceira onda. De lá para cá foram confirmados, 820.716 casos, dos quais 775.849 foram recuperados e um total de 16.843 óbitos. Há, no momento, 743 pacientes recebendo cuidados médicos, dos quais 159 em tratamento intensivo. Foram testados em torno de 8.072.968 pessoas e administradas cerca de 694.297 vacinas, 4,61% da população adulta, cuja campanha se iniciou no dia 27 de dezembro último⁴.

Para delimitarmos nosso escopo, destaquemos apenas algumas das vítimas de COVID-19 ligadas ao setor artístico-cultural, ainda que se torne bastante difícil rastrear as causas de muitas das mortes ocorridas no referido meio neste último ano, tendo em vista informações inexistentes ou imprecisas. Dentre as vítimas mortais estão as atrizes Adelaide João, de 99 anos, e Cecília Guimarães de 93 anos, a cantora lírica Maria Andrea Gaspar, nascida

⁴ Os dados foram retirados do *Jornal Público* (<https://www.publico.pt>) e atualizados, pela última vez, no dia 29/Mar./2021.

em 1929, todas viviam na Casa dos Artistas de Lisboa. Citemos também o jornalista e escritor Artur Portela Filho, fundador do *Jornal Novo* e da revista *Opção*, colaborou com várias publicações nacionais e publicou mais de duas dezenas de obras, vitimado pela COVID-19, faleceu no dia 10/de novembro de 2020, aos 83 anos. O fado perdeu nomes importantes neste último ano. Destaquemos o nome da fadista Helena Candeias, que perdeu a batalha contra o coronavírus, no dia 06 de fevereiro de 2021, aos 97 anos. Lembremos também do nome de três estrangeiros, que tiveram forte presença no país. Trata-se do arquiteto italiano Vittorio Gregotti e do escritor chileno Luís Sepúlveda e do violetista Tasso Adamopoulos. O primeiro, dentre outras obras, foi responsável pelo projeto do Centro Cultural de Belém, cuja morte se deu em 15 de março de 2020, aos 92 anos, no San Giuseppe Hospital, Milão, Itália. Sepúlveda, que visitava frequentemente o país, começou a ter sintomas após marcar presença nas Correntes d' Escritas, na Póvoa de Varzim, em fevereiro de 2020. Sua morte, aos 70 anos, foi anunciada em 16 de abril em Oviedo, Espanha. Já o músico francês, de origem grega, foi solista da Orquestra Gulbenkian, vitimado por complicações causadas pelo novo coronavírus, no dia 03 de janeiro de 2021, aos 76 anos, em Paris.

Gostaria de terminar este apanhado dizendo que acredito firmemente na ciência, nos pesquisadores e que só o mérito acadêmico-científico é capaz de enfrentar mais esta pandemia neste globalizado século XXI. Estou ansiosa para que chegue o meu dia de ser vacinada. Gostaria muito de poder tomar a CORONAVAC, já que ela provém também do Instituto Butantan, cujo prédio é contíguo ao campus da USP-SP, portanto, de alguma forma, me sinto parte dele, mas tomarei aquela que me for destinada porque, antes de tudo, acredito na CIÊNCIA.

Estudios relacionados con el COVID-19 y la salud mental de la población española

Alejandro Carriedo Cayón

A finales del año 2019 se detecta un brote de un nuevo Coronavirus (COVID-19) en Wuhan, (China). Poco tiempo después, el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que el estallido del COVID-19 era una emergencia sanitaria internacional. En España se impuso un estado de alarma que obligaba a toda la población a permanecer encerrada en sus casas. Esta medida supuso un impacto considerable sobre la salud mental de toda la población. Después de un año de convivencia con el COVID-19, se ha constatado que esta epidemia no solo se ha convertido en una grave amenaza para la salud global, sino que también ha desencadenado una crisis social y económica que ha tenido graves repercusiones sobre la salud mental. En este capítulo se exponen los resultados obtenidos de una revisión bibliográfica sobre los estudios que se han publicado sobre la salud mental de la población española. Las principales conclusiones de este trabajo señalan que han aparecido síntomas notables de ansiedad, depresión, problemas del sueño y síntomas de trastornos de estrés postraumático (TEPT) en un porcentaje significativo de la población, así como en grupos específicos como estudiantes. En este trabajo también se destaca el impacto positivo que ejerció la práctica de actividad física durante el confinamiento para la salud mental.

Este capítulo empieza a gestarse en marzo del año 2021, momento en el que la vida de toda la población mundial cambiaría drásticamente como consecuencia de la pandémica causada por el nuevo Coronavirus (Covid-19). Todavía recuerdo la semana previa en la que nos obligaron a encerrarnos en nuestras casas, sin poder salir a la calle ni para ir a trabajar ya que tan solo podíamos salir para adquirir bienes de extrema necesidad y a pocos metros de nuestras casas. Sin embargo, en el grupo de investigación EDAFIDES (Educación, Actividad Física, Deporte y salud) de la Universidad de Oviedo pusimos a trabajar con celeridad, y mediante reuniones diarias de manera telemática diseñamos varias investigaciones, porque sabíamos que algo excepcional estaba pasando y que había muchas preguntas que en los próximos meses habría que responder. La verdad que fue un momento de nuestras vidas muy impactante, y seguro que todos los lectores sintieron algo parecido, fue un momento que parecía una ilusión, no nos llegábamos a creer que esa situación estaba pasando.

Un año después, hemos analizado más del 80% de los datos recogidos durante los momentos más críticos de la pandemia que han resultado en varias publicaciones en revistas de alto impacto y que en pocos meses ya han recibido muchas citas. A lo largo de este trabajo, el lector podrá aproximarse a los hallazgos más importantes que obtuvimos, los cuales están directamente relacionados con la pregunta que se trató de responder durante las primeras jornadas sobre salud mental y las reacciones psicológicas y neuronales de la Covid-19 celebradas de manera telemática en marzo del año 2021 ¿Cómo ha afectado (o está afectando) la situación generada por la pandemia del COVID-19 a la salud mental, psicológica y neuronal de la población mundial?

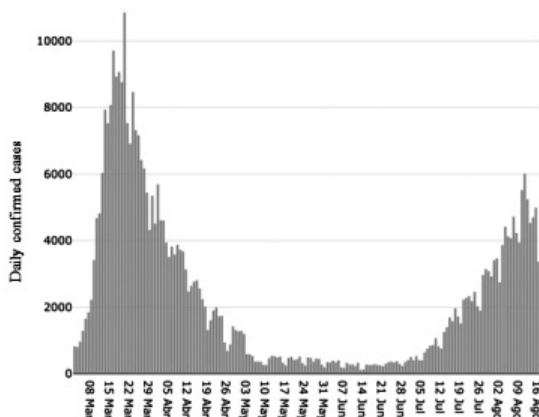
Aunque nuestros estudios se centraron en la población española, he de avanzar que los resultados que obtuvimos coinciden con los publicados por colegas de otras universidades y países que también se pusieron a analizar el impacto del COVID-19 desde su comienzo. Antes de entrar en el estado de la cuestión, creo necesario contextualizar brevemente la situación española, pues como bien es sabido, cada país siguió unas medidas concretas, con diferentes temporalizaciones. De modo que se observaron algunas diferencias en cuanto a la evolución del virus. A finales del año 2019 se detecta un brote de un nuevo Coronavirus (COVID-19) en Wuhan, (China). Poco tiempo después, el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que el estallido del COVID-19 era una emergencia sanitaria internacional.

El día siguiente, España confirmaba su primer caso de COVID-19. Y aunque es la tercera vez que un virus de la familia Corona ataca durante el siglo XXI (i.e., SARS-coV, 2002; MERS-coV, 2012), es la primera vez que un virus de estas características llegaba a España como una amenaza seria. Como pueden ver en la diapositiva, los primeros casos se fueron extendiendo rápidamente por todo el territorio. Esta era la situación a 9 de marzo, pero ya nos temíamos que podríamos llegar a la situación de Italia, que llevaba varios días confinada.

Por lo tanto, 43 días después del primer caso confirmado, y ante al aumento exponencial de casos que sucedían semana tras semana, el gobierno español decretó, por segunda vez en la historia de su democracia, el estado de alarma en todo el territorio para evitar la propagación del virus (esto ocurrió el 14 de marzo de 2020). Dos semanas después, España era el cuarto país del mundo más afectado, con más de 65.719 personas infectadas y contando más de 5.138 muertes relacionadas con el COVID-19. Por aquel momento, se temía que la evolución de los contagios fuera similar al país más afectado, que

como hemos dicho, era Italia, y su población llevaba varios días confinada. De modo que el estado de alarma que obligaba a toda la población a permanecer encerrada en sus casas y que paralizó toda actividad comercial y educativa se extendió durante 50 días, momento en el que comenzó la desescalada en fases y que permitía salir al exterior de la vivienda personal de forma gradual y por grupos de edad. En la Figura 1 se muestra la evolución de casos confirmados en España desde el inicio, pasando por la desescalada, y hasta el periodo denominado “nueva normalidad”. Es evidente que esta medida de protección era necesaria en aquel momento, pero, aunque por aquel entonces solo podíamos teorizar sobre ello, posteriormente se pudo comprobar que tuvo un impacto considerable sobre la salud mental de toda la población.

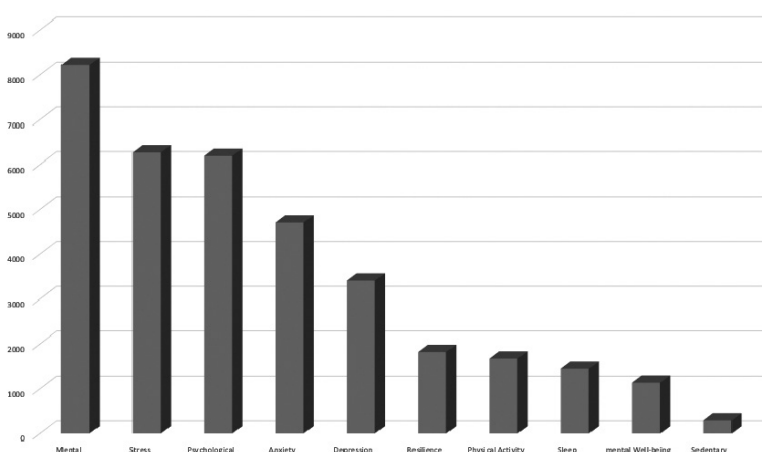
Figura 1. Casos diarios confirmados en España desde el inicio del confinamiento hasta el periodo denominado “nueva normalidad”.



Después de un año de convivencia con el COVID-19, se ha constatado que esta epidemia no solo se ha convertido en una grave amenaza para la salud global, sino que también ha desencadenado una crisis social y económica que ha tenido graves repercusiones sobre la salud mental (González-Sanguino et al., 2021). En este sentido, haciendo una búsqueda bibliográfica en la base de datos de la Web of Science, podemos constatar la relevancia e interés que lógicamente ha suscitado el COVID.-19. Cuando empecé a trabajar en este trabajo, la primera búsqueda me ofreció 132.362 documentos relacionados con el COVID-19, días antes de que se acercara la fecha de las jornadas, repetí la búsqueda y obtuve más de 137.000 resultados, es decir, casi 5000 nuevos documentos en unos pocos días.

En la figura 2, puede verse que más de 8000 documentos hacían alusión a aspectos mentales, más de 6000 al stress y a aspectos psicológicos, 5000 a la ansiedad, casi 4000 a la depresión, y unos 5000 a otros ámbitos de los que hablaremos más adelante como es la actividad física, la resiliencia o el sueño. De modo que se observa que los aspectos relacionados con la salud mental que más han llamado la atención de los investigadores han sido: El trastorno por estrés postraumático; la ansiedad, la depresión, y también los trastornos del sueño.

Figura 2. Número de documentos obtenidos para cada descriptor en la Web of Science (29/06/2021)



A nivel mundial, los resultados son muy similares, y algunas de las consecuencias psicológicas también incluyen cuadros de ansiedad, miedo, frustración, soledad, ira, aburrimiento, depresión, estrés y comportamientos esquivos. En este sentido, se ha documentado varios de estos síntomas en personas que nunca los habían experimentado anteriormente al estallido del COVID-19

El estrés durante la pandemia

sobre los tres principales problemas para la salud mental, podemos destacar el estrés como uno de ellos y que podría haber provocado cuadros de ansiedad y depresión. Si bien sabemos que el estrés no es necesariamente malo, de hecho, ciertos niveles de estrés agudo (i.e., que dura de unos minutos hasta algunas horas) preparan al organismo para enfrentarse a diferentes

retos (Dhabhar, 2014). Sin embargo, cuando se superan los niveles saludables de estrés de manera prolongada, se incrementan los niveles de cortisol y otras hormonas que modifican continuamente la homeostasis, incrementando el riesgo de padecer varias disfunciones físicas y psíquicas, incluyendo trastornos de ansiedad y depresión (Cacha et al., 2019).

Durante el estallido de la pandemia, los profesionales sanitarios fueron la cabeza más visible del estrés que estaba provocando toda esta situación. Así lo reflejaron varios estudios en los que se observó la importancia de la resiliencia en este sector (Legido-Quigley et al., 2020), que contaba con profesionales que fueron capaces de dar lo mejor de sí mismos en los momentos más complicados de la pandemia, cuando en España no había suficiente personal para atender todos los casos, cuando no había camas suficientes para todos los enfermos, cuando no disponían de los aparatos ni de los medios necesarios para enfrentarse al virus (en el peor momento incluso no tenían suficiente material de protección como guantes o mascarillas. Recuerdo que muchas empresas y personas particulares donaron este tipo de materiales a los hospitales). También debe destacarse que han sufrido mucho los trabajadores de las residencias de mayores, quienes experimentaron y siguen experimentando riesgos psicosociales laborales que afectan gravemente su bienestar y salud.

Pero el estrés, también afectó a la población general. De la noche a la mañana, todos debíamos permanecer encerrados en nuestras casas, sin poder salir, con la incertidumbre de qué pasaría con nuestros trabajos, con la salud de nuestros familiares, especialmente la de nuestros mayores, si al salir de casa para ir a comprar podríamos contagiarnos y por lo tanto contagiar a un familiar de riesgo con el que convivíamos ... Ahora parece un tiempo lejano, pero fue un momento muy complejo que favoreció que el exceso de estrés produjera problemas de salud mental. Cuando el ser humano nota una amenaza, la forma de intentar superarla es activando los niveles de estrés que implican toda una serie de sistemas endocrinos y hormonales (Cacha et al., 2019). La situación de pandemia que estamos viviendo produce estrés de manera universal. Cuanto peor están las cosas, más estrés aparece. Hay un porcentaje de la población que ha empezado a tener problemas de estrés, en una forma que no pueden tolerar y llega a afectarles hasta el punto de experimentar bloqueos cognitivos. Además, el consumo de alcohol incrementó durante el periodo de confinamiento domiciliario (Bakaloudi et al., 2021) y este consumo se ha relacionado con malestar físico y mental de la población general durante la pandemia (Valiente et al., 2021).

Se ha observado que los que más estrés han padecido son aquéllos que han sufrido la Covid-19 y los que aún se ven bajo los efectos de las secuelas (Breen, Lee, & Neimeyer, 2021; Janiri et al., 2021). Pero también se han visto afectados los familiares y parejas sentimentales de los fallecidos por el coronavirus (Breen et al., 2021), los pacientes con enfermedad mental y aquéllos en situación de discapacidad y dependencia (Iasevoli et al., 2021). En este sentido, los familiares de los fallecidos durante la pandemia han sufrido un estrés devastador (Cardoso et al., 2020). Estas personas tuvieron serios problemas para elaborar el duelo ya que los rituales habituales no se pudieron realizar.

Una vez superada la primera oleada y mientras la segunda o tercera ya se ha convertido en realidad, ha podido surgir fobias, como el miedo a salir de casa, a encontrarse con otras personas o a viajar en el transporte público. Aunque después de un año, la situación se ha “normalizado”, sigue habiendo gente que apenas sale de casa y la ansiedad que genera hacerlo puede convertirse en patológica. De modo que se ha observado que la prevalencia de posibles trastornos de ansiedad y depresión durante el confinamiento han duplicado en España. Significa que si tienes más estrés aumentan los síntomas emocionales y como consecuencia de él vamos a estar más ansiosos e irritables: Esto es especialmente preocupante en personas con enfermedad mental ya que la situación derivada de la pandemia empeora mucho la sintomatología.

Así, de la revisión, destacamos que muchos estudios publicados durante el año 2020 y comienzos del 2021 se han centrado en analizar estas consecuencias. En términos generales, se ha podido observar que han aparecido síntomas notables de ansiedad, depresión, problemas del sueño y síntomas de trastornos de estrés post-traumático (TEPT) en un porcentaje significativo de la población (Cecchini et al., 2021; Fernández-Abascal, & Martín-Díaz, 2021; González-Sanguino et al., 2021; Méndez-Giménez, et al., 2021), así como en grupos específicos como estudiantes (Odriozola-González, Planchuelo-Gómez, Irurtia, & de Luis-García, 2020a) o profesionales de la salud (Romero et al., 2020).

Como hemos dicho anteriormente, eventos traumáticos de estas características pueden aumentar los niveles de estrés, pero en un grado mayor, pueden producir estrés post-traumático (Weathers et al., 2013). El Trastorno por estrés post-traumático fue acuñado oficialmente en el DSM-III de la American Psychiatric Association en 1980 después de confirmar los problemas de salud mental que experimentaban los veteranos norteamericanos de la Guerra de Vietnam y que se asemejaban mucho con los síntomas descritos

en diversos relatos de eventos belicosos históricos (e.g., ansiedad, aislamiento y emociones negativas...) partiendo desde la Grecia clásica hasta la II Guerra Mundial (Carvajal, 2002). Asimismo, se han descrito episodios de EPT en otros contextos como en víctimas de abuso sexual (e.g., Tierri et al., 2014) o en víctimas de desastres naturales (e.g., Zhang & Ho, 2011). A fecha actual, son varios los trabajos que han detectado TEPT como consecuencia del COVID-19 (Salehi et al., 2021).

La salud mental durante la pandemia

En un estudio que analizó las respuestas de más de 1000 individuos durante la pandemia, se identificó que más de la mitad de los participantes presentaban un impacto psicológico que oscilaba de moderado a severo, y dicho impacto estaba asociado con altos niveles de estrés, ansiedad y depresión (Wang et al., 2020). Otros estudios transversales han resaltado que las mujeres jóvenes habían estado más expuestas a sufrir depresión, ansiedad y estrés (Özdin & BayrakÖzdin, 2020; Park et al., 2020). En España se observaron resultados muy similares durante las primeras semanas del estado de alarma (Odriozola-González et al., 2020b; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Asimismo, también se detectó un incremento en el tiempo, de los niveles de ansiedad, depresión y estrés durante el confinamiento domiciliario y se determinó que factores como la edad o el consumo de información relativa al COVID-19 parecían tener un impacto en la evolución de los síntomas psicológicos, siendo los más jóvenes quienes mantuvieron mayores niveles de ansiedad y estrés después de un mes de confinamiento (Planchuelo-Gómez et al., 2020).

No obstante, los resultados entre países no han sido siempre idénticos. Por ejemplo, en un estudio realizado con población China, entre el 20 y el 25% de los encuestados mostraron al menos valores moderados de ansiedad (Cao et al., 2020), mientras que, en España, este porcentaje fue superior al 35% (Odriozola-González et al., 2020a). Concretamente, en el estudio de (Odriozola-González et al. (2020a) se observó que más del 35% de los participantes mostraron síntomas de depresión, ansiedad o estrés, y que más del 85% mostró al menos un impacto moderado a nivel psicológico. Por otra parte, Tang et al. (2020) observaron que el estrés post-traumático y los síntomas depresivos tenían poca presencia entre los estudiantes universitarios chinos (2.7% y 9% respectivamente).

Estudios longitudinales han ofrecido información muy interesante y han confirmado los hallazgos proporcionados por los primeros estudios transver-

sales. Por ejemplo, Fernández-Abascal & Martín-Díaz (2021) analizaron la evolución del afecto, el bienestar psicológico, la depresión, y la salud mental y física antes y durante el confinamiento domiciliario. Entre sus hallazgos más importantes destacan diferencias significativas entre hombres y mujeres en casi todas las variables analizadas, siendo las mujeres las que puntuaron más en las subescalas del bienestar psicológico. Por otro lado, observaron una clara reducción de este bienestar psicológico.

Recientemente, González-Sanguino et al. (2021) analizaron el estado psicológico de la población española durante el proceso de vuelta a la normalidad, y tras detectar que el confinamiento causado por la emergencia sanitaria del COVID-19 había afectado negativamente la salud mental de la población española, observaron que posteriormente, los niveles de depresión se habían reducido (aunque sin llegar a los niveles iniciales), que la ansiedad permanecía estable (aunque con una ligera tendencia a reducirse), y que los niveles de EPT se habían reducido significativamente. Finalmente, destacan en su informe que las mujeres y los jóvenes habían sido los más afectados por la pandemia y que la soledad y el bienestar espiritual eran variables muy importantes para predecir el impacto en la salud mental.

La importancia de la actividad física durante la pandemia

los epidemiólogos coinciden en que la cuarentena es una medida de protección para luchar contra la propagación del COVID-19. En mayo del 2020, más de 1/3 de la población mundial estaba bajo algún tipo de restricción sanitaria. En España, toda la población estuvo confinada en sus domicilios durante 6 semanas. Esto conllevó una serie de cambios en el estilo de vida de las personas (e.g., trabajo, educación, viajes, ocio) y como hemos señalado anteriormente, un importante impacto a nivel psicológico (e.g., ansiedad, depresión, estrés, etc.), pero también en los niveles de actividad física (AF) y de actividad sedentaria (AS). De hecho, varios estudios detectaron esta reducción en los niveles de AF en la población general española durante la primera semana del confinamiento domiciliario (e.g., Fernández-Río et al., 2021b). Antes del COVID-19, varios trabajos habían analizado las consecuencias psicológicas, físicas y sociales de haber estado confinado en diferentes contextos. Por ejemplo, hospitales (e.g., Pursell, Gould, & Chudleigh, 2020), prisiones (Haney, 2018) exploraciones en el antártico (Yuan et al., 2019) o vuelos espaciales simulados (Schneider et al., 2010). Los resultados obtenidos en este tipo de estudios concluyeron que la probabilidad de experimentar algún

efecto psicológico negativo era elevada, por ejemplo, estrés post-traumático, confusión, ira, alteraciones emocionales, depresión, estrés, mal humor, alteraciones emocionales, insomnio o ansiedad (véase Brooks et al., 2020).

Es un hecho que el covid-19 está causando serios problemas de morbilidad y mortalidad. Desde que la OMS declaró que el covid-19 era una emergencia pública internacional (el 30 de enero de 2020) más de 127 millones de personas en todo el mundo han sido infectadas, de las cuales 2.78 millones no han podido superar la enfermedad. Estas cifras son estremecedoras y muy preocupantes. Sin embargo, desde hace mucho más tiempo nos amenaza otra pandemia que afecta a más de 1.400 millones de personas y que estaría relacionada con enfermedades que causan 17,9 millones de muertes cada año. Según la OMS, más de una cuarta parte de la población mundial está en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, demencia y algunos tipos de cáncer como consecuencia de sus hábitos sedentarios. En este sentido, se ha estimado que la inactividad física mata anualmente a 3,2 millones de personas. Es por ello que la actividad física siempre debería ocupar un papel muy relevante en los hábitos de las personas, pero especialmente durante la pandemia, y más si se proponen medidas que reduzcan la movilidad de la población general.

En este sentido, cabe hacerse una pregunta ¿Por qué un problema de salud tan grave como es el sedentarismo y las enfermedades asociadas a él no preocupa tanto a la población general? Desde hace varios años se viene destacando la importancia de realizar actividad física y lo más importante, que se adquiriera como un hábito de la rutina diaria porque se ha demostrado que su práctica repercute positivamente en los aspectos físicos, mentales, sociales y afectivos de los individuos. Diversos estudios han observado que la mayoría de la población no alcanza los niveles de actividad física recomendados, que según la OMS (unos 30 minutos de actividades moderadas y/o vigorosas al día) y debido a las restricciones sanitarias, es posible que este porcentaje aumente en los próximos años. Esto es especialmente preocupante porque los expertos han manifestado que tendremos que aprender a convivir con el coronavirus. De modo que, debemos considerar que las medidas de distanciamiento social no solo han reducido los niveles de AF de la población, sino que también podría haber potenciado los efectos negativos del confinamiento sobre la salud mental.

La OMS (2020) acaba de revisar sus recomendaciones para la realización de AF en diferentes poblaciones. De manera breve, destacamos algunos de los beneficios de la AF en jóvenes de entre 5 y 17 años, como lamejora de la

condición física y ósea, pero también a nivel cognitivo (se sabe que los niños y niñas que hacen más actividad física se concentran mejor y tienen mejor rendimiento académico). Las recomendaciones se basan en reducir al máximo el comportamiento sedentario (uso de pantallas) y realizar al menos 60 minutos al día de AF moderada-vigorosa. Es decir, aquella que requiere un esfuerzo que acelera perceptiblemente el corazón, como caminar rápido, correr suave, andar en bicicleta..., y además, al menos en tres días se deberían hacer actividades vigorosas (aquellas que aumentan sustancialmente la frecuencia de los latidos del corazón y de las respiraciones como en la práctica de deportes).

En cuanto a los adultos de hasta 64 años, los beneficios son muy similares como podéis ver en la diapositiva (añaden la regulación de la tensión arterial o problemas del sueño. Sobre la intensidad y duración mínimas, se establece que se deben hacer de 15 a 300 minutos de AF moderadas y/o 75-150 de vigorosas a la semana. Animando a superar estas cantidades para obtener beneficios extra. Se recomienda que en al menos dos días se hagan ejercicios de fuerza y también que se reduzcan los comportamientos sedentarios.

Finalmente, en adultos de más de 65 años se indica que la AF reduce el riesgo de sufrir caídas y de que las lesiones por caída sean más graves porque se mejora la calidad ósea, la capacidad funcional, el equilibrio y la coordinación; y se recomiendan las mismas pautas que en el grupo anterior, pero añadiendo la importancia de la actividad ligera y el trabajo específico de flexibilidad y fuerza.

En este sentido es importante destacar que estas recomendaciones o pautas no requieren que se hagan de manera seguida: es decir, en muchas ocasiones una persona puede sentir desgana a la hora de hacer ejercicio físico porque no dispone de una hora para hacerlo de seguido. Debemos tener presente que la AF se suma al total diario. Si un individuo realiza 25 minutos de actividad física moderada por la mañana (como caminar alegremente para ir al trabajo), por la tarde otros 10, y en otro momento dedica a hacer estiramientos o equilibrios en el salón de casa durante 15 minutos, al finalizar el día habrá acumulado 60 minutos de AF moderada.

Investigaciones sobre actividad física y salud mental durante la pandemia

De modo que, en el grupo de investigación nos preguntamos sobre cómo podría afectar a nivel mental, la falta de actividad física que iba a suponer el confinamiento domiciliario. Como se ha expuesto, muchos investigadores se preguntaron ¿cómo afectaría el propio confinamiento, o los problemas eco-

nómicos derivados de la ausencia del trabajo, el impacto sobre la nutrición o el sueño. Nosotros pensamos que, si la AF es algo imprescindible para la salud integral del ser humano, la privación o reducción de esta tendría consecuencias catastróficas para la salud. Y cuando hablamos de salud, nos referimos a la definición que proporciona la OMS en la que considera salud no solo la ausencia de enfermedad, sino el estado de bienestar físico, mental y social.

Con base en la literatura científica, parecía evidente que la inactividad física iba a afectar a la salud física. Del mismo modo, la falta de interacción con compañeros de trabajo, amigos, familiares, etc. también podría repercutir sobre este ámbito. Sin embargo, su incidencia sobre la salud mental era algo que del mismo modo tendría que estar relacionado con esta falta de actividad física a la que estábamos abocados. Por lo tanto, del mismo modo que razonamos que la AF iba a reducirse, pensamos que teníamos que hacer algo para fomentar la AF dentro de las casas, y así es como a través de redes sociales, como YouTube o twitter comenzamos a dar consejos y putas para que la población realizase un mínimo de AF diaria durante el confinamiento, que en un principio estaba pensado para 2 semanas, pero en España estuvimos 50 días confinados en nuestras casas hasta que paulatinamente pudimos salir a la calle, primero en franjas horarias por grupos de edad y a una distancia máxima de 1 km de nuestras casas, y poco a poco experimentamos más más libertad que nos permitía salir a hacer ejercicio físico, bicicleta, etc.

Durante este periodo, que en España duró 50 días, se llevaron a cabo muchas investigaciones y la participación ciudadana fue muy elevada. Posiblemente gracias a que más de 40 millones de personas estaban en sus casas sin poder salir de ellas y todas ellas tenían un teléfono móvil en el que de vez en cuando recibían un enlace para rellenar un cuestionario. En nuestro caso, realizamos varios estudios sobre el impacto de la actividad física durante el confinamiento domiciliario y nos centramos en variables como el peso, las características de la vivienda: pero especialmente nos fijamos en la depresión, en el afecto y en la resiliencia como variables de estudio.

Resiliencia es un concepto que se ha relacionado positivamente con la salud mental y que se ha mostrado como un aspecto muy relevante durante la pandemia del COVID-19 (e.g., Duan&Zhu, 2020; Fernández-Prados, Lozano-Díaz, & Muyor-Rodríguez, 2021; Legido-Quigley et al., 2020). Puede definirse como un proceso que explica cómo un individuo utiliza técnicas de afrontamiento ante la adversidad, y sobre su habilidad para adaptarse eficientemente para manejar situaciones estresantes (Rutter, 2007). En este sentido,

la teoría postula que los individuos más resilientes serán capaces de reponerse antes y de manera más efectiva cuando esto finalice o durante su desarrollo. Investigaciones previas han mostrado que la resiliencia se asocia positivamente con la salud mental (Schure et al., 2013; Wermelinger et al., 2018) y podría ser un factor protector en población con enfermedad crónica (McGowna et al., 2018). De modo que para superar una situación tan estresante y traumática como puede ser una pandemia mundial, es importante que los individuos usen técnicas para prevenir el estrés (Pagel & Choukèr, 2016). Por ejemplo, parece que el papel que podría desempeñar la actividad física podría ser relevante en este contexto (Carriedo et al., 2020a).

Por otro lado, también se ha señalado que la AF tiene un impacto positivo sobre el estado emocional (Silverman & Deuster, 2014) y el afecto (Liao, Shonkoff, & Dunton, 2015) y que podría prevenir la sintomatología depresiva a través de la resiliencia (Yoshikawa, Nishi, Matsuoka, 2016). No obstante, la cantidad óptima de AF en términos de duración, frecuencia e intensidad sigue sin estar determinada (Teychenne, White, & Richards, 2020). Siguiendo las recomendaciones de la OMS, los adultos deberían hacer de 150 a 300 minutos de AF moderada y vigorosa y/o más de 75 minutos de vigorosa, pero como pudo observarse durante el inicio de la pandemia, la cantidad de AF de la población se vio mermada (Fernández-Río et al., 2021b).

Cambios de peso durante el confinamiento

En otro estudio (i.e., Fernández-Río et al., 2020) se analizaron los cambios en el peso de los individuos como consecuencia de los nuevos hábitos adquiridos durante el confinamiento (e.g., actividad, alimentación, etc.). Parece que hay una conexión entre la obesidad, la depresión y la alimentación. Ante una situación estresante, las personas pueden incrementar o reducir la cantidad de comida que ingieren. Así, comportamientos inadecuados han sido observados en individuos con exceso de peso, pero también con peso normal. Por lo tanto, nos preguntamos qué relaciones ocurrirían durante un confinamiento obligatorio. Así, durante el confinamiento, la mayoría de participantes de nuestro estudio declararon no haber sufrido cambios de peso. No obstante, los hombres y las personas obesas experimentaron mayores cambios. Lo interesante de este estudio es que las personas que experimentaron mayores cambios fueron las que manifestaron mayores síntomas depresivos. Finalmente, las personas que realizaron más actividad física y que mostraron más optimismo, fueron las que experimentaron menos cambios de peso.

Actividad física y salud mental en población adulta

En otro estudio observamos que la población adulta (60-92 años) estaba experimentando síntomas depresivos, bajo afecto, y poca resiliencia (Carriedo et al., 2020b). Sin embargo, analizamos por separado a los adultos que alcanzaban el mínimo de AF recomendado por la OMS y los que no cumplían esas recomendaciones y descubrimos que aquellos que se involucraban regularmente en actividades físicas vigorosas y moderadas manifestaban mayores niveles de resiliencia, afecto positivo, y menores síntomas depresivos. Estos resultados sugieren que aquellos adultos que cumplían las recomendaciones de actividad física podrían enfrentarse mejor a las demandas que exigían dicho confinamiento. Además, mostraron mayores niveles de optimismo. Estos hallazgos son importantes porque la resiliencia se asocia con el bienestar general, la satisfacción y la calidad de vida, por lo que en momentos tan dramáticos como los que estamos viviendo, es importante adquirir mecanismos que desarrollen la resiliencia.

Actividad física, resiliencia y síntomas depresivos durante el confinamiento

En otro estudio se analizó la asociación de la AF y la resiliencia en la primera semana de confinamiento con unas 4000 personas de entre 16 y 82 años, y observamos que aquellas que realizaban más actividad vigorosa tenían más resiliencia en términos de locus de control, autoeficacia, y optimismo (Carriedo et al., 2020a). Asimismo, los varones, las personas entre 25 y 54 años y con un peso normal parecían tener más niveles de resiliencia que el resto. Finalmente, los individuos que convivían con personas de riesgo por COVID-19 mostraron menores niveles de optimismo. Como esta era la información preliminar que publicamos en la primera semana del confinamiento, continuamos esta investigación de manera longitudinal ($N = 581$), y se analizaron los síntomas depresivos de los participantes. Observamos un aumento de los síntomas junto con una relación inversa con la AF moderada-vigorosa. Los resultados concretaron que la AF moderada era suficiente para prevenir los síntomas depresivos durante el confinamiento (Cecchini et al., 2021). También se observó que la realización de una cantidad elevada de AF semanal se asoció con una disminución del 33% en las probabilidades de sufrir síntomas depresivos. Por otro lado, también hallamos que aquellas personas que realizaron 477 METs-min semanales redujeron un 33% las probabilidades de sufrir síntomas depresivos frente al 47% de quienes alcanzaron 3.000 METs-min semanales (Méndez-Giménez et al., 2020). La OMS reco-

mienda llegar, al menos, a los 3.000 METs por semana (un MET se define como el gasto energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h).

Finalmente, detectamos tres tipos de grupos predominantes entre la población española. Uno, denominado el más adaptativo, que realizaba altos niveles de AF y que manifestaba altos niveles de resiliencia y bajos síntomas depresivos. Un grupo intermedio que incluía al 60% de la población (la mayoría por encima de los 40 años), y representaba valores intermedios en todas las variables, AF, depresión, resiliencia... En este sentido, solo el 38% cumplía las recomendaciones de AF de la OMS. En el grupo menos adaptativo se observó que la mayoría eran mujeres (por debajo de los 25 años), con bajos niveles de resiliencia, y altos de depresión y afecto negativo. Además, redujeron drásticamente su actividad física durante el confinamiento porque el 69% realizaba AF antes y solo el 30% siguió las recomendaciones de la OMS durante el confinamiento.

CONCLUSIONES

Muchos expertos han declarado que la próxima epidemia puede llegar por cuenta de las secuelas de la covid-19 en la salud mental debido al encierro, la incertidumbre y el miedo. No obstante, debemos destacar y potenciar la posibilidad que subyace en la reducción de estos síntomas a través de la práctica de actividad y ejercicio físico, no solo para la salud mental. También se han publicado estudios que han demostrado que el ejercicio físico y la actividad física son muy importantes porque mejoran la condición física y la función inmunitaria, reducen la inflamación de bajo grado y reducen el riesgo de infecciones respiratorias, de hecho, un estudio reciente determinó que las personas con capacidad física media o alta tuvieron la mitad de riesgo de ser hospitalizadas por coronavirus (Brawner et al., 2021). Nosotros hemos comprobado el importante papel de la AF, y todo parece indicar que junto con la resiliencia podría ser un elemento de protección para la salud mental en situaciones como la que estamos viviendo. De ahí que ahora más que nunca, la actividad física podría ser la mejor vacuna a largo plazo para combatir esta y otras pandemias que puedan venir.

REFERENCIAS

- Abeln, V., MacDonald-Nethercott, E., Piacentini, M.F., et al. (2015). Exercise in isolation—a countermeasure for electrocortical, mental and cognitive impairments. *PLoS One*, *10*, e0126356. doi.org/10.1371/journal.pone.0126356
- Bakaloudi, D. R., Jeyakumar, D. T., Jayawardena, R., &Chourdakis, M. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on snacking habits, fast-food and alcohol consumption: A systematic review of the evidence. *Clinical Nutrition*.
- Brawner, C. A., Ehrman, J. K., Bole, S., Kerrigan, D. J., Parikh, S. S., Lewis, B. K., ... &Keteyian, S. J. (2021). Inverse relationship of maximal exercise capacity to hospitalization secondary to coronavirus disease 2019. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 96, No. 1, pp. 32-39). Elsevier.
- Breen, L. J., Lee, S. A., &Neimeyer, R. A. (2021). Psychological risk factors of functional impairment after COVID-19 deaths. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(4), e1-e4.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Cacha, L. A., Poznanski, R. R., Latif, A. Z., &Ariff, T. M. (2019). Psychophysiology of chronic stress: An example of mind-body interaction. *NeuroQuantology*, *17*(07), 53-63.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, *287*, 112934.
- Cardoso, É. A. D. O., Silva, B. C. D. A. D., Santos, J. H. D., Lotério, L. D. S., Accoroni, A. G., & Santos, M. A. D. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *28*.
- Carriedo, A., Cecchini, J. A., Fernández-Río, J., & Méndez-Giménez, A. (2020a). Resilience and physical activity in people under home isolation due to COVID-19: A preliminary evaluation. *Mental Health and Physical Activity*, *19*, 100361.
- Carriedo, A., Cecchini, J.A., Fernández-Río, J., & Méndez-Giménez, A. (2020b). COVID 19, Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults during the Nationwide Lockdown in Spain. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(11), 1146-1155
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *40*, 20-34.
- Cecchini, J. A., Carriedo, A., Fernández-Río, J., Méndez-Giménez, A., González, C., Sánchez-Martínez, B., & Rodríguez-González, P. (2021). A longitudinal study on depressive symptoms and physical activity during the Spanish lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *21*(1), 100200.
- Dhabhar, F.S. (2014). Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunologic research*, *58*(2), 193-210.

- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0
- Fernández-Abascal, E. G., & Martín-Díaz, M. D. (2021). Longitudinal study on affect, psychological well-being, depression, mental and physical health, prior to and during the COVID-19 pandemic in Spain. *Personality and Individual Differences*, 172, 110591.
- Fernández-Prados, J. S., Lozano-Díaz, A., & Muyor-Rodríguez, J. (2021). Factors explaining social resilience against COVID-19: the case of Spain. *European Societies*, 23(sup1), S111-S121.
- Fernández-Río, J., Cecchini, J. A., Méndez-Giménez, A. y Carriedo, A. (2020). Weight changes during the COVID-19 home confinement. Effects on psychosocial variables. *Obesity. Research and Clinical Practice*, 14, 383-385. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.07.006>
- Fernandez-Rio, J., Cecchini, J. A., Mendez-Gimenez, A., & Carriedo, A. (2021a). Mental well-being profiles and physical activity in times of social isolation by the COVID-19: a latent class analysis. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1-15.
- Fernández-Río, J., Cecchini, J.A., Méndez-Giménez, A., & Carriedo, A. (2021b). COVID-19 y confinamiento en casa: datos de actividad física. *Archivos de medicina del deporte: revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte*, 38(201), 36-40.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., & Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110219.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., & Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110219.
- Haney, C. (2018). *The psychological effects of solitary confinement: A systematic critique*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Iasevoli, F., Fornaro, M., D'Urso, G., Galletta, D., Casella, C., Paternoster, M., ... & COVID-19 in Psychiatry Study Group. (2021). Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychological medicine*, 51(6), 1054-1056.
- Janiri, D., Carfi, A., Kotzalidis, G. D., Bernabei, R., Landi, F., Sani, G., ... & Post-Acute Care Study Group. (2021). Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA psychiatry*, 78(5), 567-569.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The lancet public health*, 5(5), e251-e252.
- Liao, Y., Shonkoff, E. T., & Dunton, G. F. (2015). The acute relationships between affect, physical feeling states, and physical activity in daily life: a review of current evidence. *Frontiers in Psychology*, 6, 1975.

- McGowan, J.A., Brown, J., Lampe, F.C., et al. (2018). Resilience and physical and mental well-being in adults with and without HIV. *AIDS and Behavior*, 22, 1688-1698.
- Méndez-Giménez, A., Cecchini, J. A., Fernández-Río, J., & Carriedo, A. (2021). Physical Activity and Prevention of Depressive Symptoms in the Spanish Population During Confinement due to COVID-19. *Psicothema*, 33(1), 111-117.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020a). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, 113108.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020b). Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 confinement in Spain. *Journal of health psychology*, 1359105320967086
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de saude publica*, 36.
- Özdin, S., & BayrakÖzdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.
- Pagel, J.L., & Choukèr, A. (2016). Effects of isolation and confinement on humans-implications for manned space explorations. *Journal of Applied Physiology*, 120, 1449-1457
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *Journal of general internal medicine*, 35(8), 2296-2303.
- Planchuelo-Gómez, Á., Odrizola-González, P., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *Journal of affective disorders*, 277, 842-849.
- Purssell, E., Gould, D., & Chudleigh, J. (2020). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ open*, 10, e030371. doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030371
- Romero, C. S., Delgado, C., Catalá, J., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., ... & Otero, M. (2020). COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychological medicine*, 1-7.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-9.
- Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghazadeh, A., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*.
- Schneider, S., Brummer, V., Carnahan, H, et al. (2010). Exercise as a countermeasure to psychophysiological deconditioning during long-term confinement. *Behavioral Brain Research*, 211, 208-214. doi.org/10.1016/j.bbr.2010.03.034
- Schure, M.B., Odden, M., & Goins, R.T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: the Native Elder Care Study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41.

- Silverman, M. N., & Deuster, P. A. (2014). Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. *Interface focus*, 4(5), 20140040.
- Yoshikawa E, Nishi D, Yoshikawa, E., Nishi, D., & Matsuoka, Y. J. (2016). Association between regular physical exercise and depressive symptoms mediated through social support and resilience in Japanese company workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 1-8.
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., ... & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of affective disorders*, 274, 1-7.
- Teychenne, M., White, R. L., Richards, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., & Bennie, J. A. (2020). Do we need physical activity guidelines for mental health: What does the evidence tell us?. *Mental Health and Physical Activity*, 18, 100315.
- Valiente, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Martínez, A. P., & Vázquez, C. (2021). Psychological adjustment in Spain during the COVID-19 pandemic: positive and negative mental health outcomes in the general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 24.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX* (Vol. 462).
- Wermelinger, M.P., Corrêa, J.C., Lucchetti, A.L., et al. (2018). The role of physical activity in the association between resilience and mental health in older adults. *Journal of Aging Physical Activity*, 26, 248-253. doi.org/10.1123/japa.2016-0332
- Yuan, M., Custaud, M-A., Xu, Z., Wang, J., Yuan, M., Tafforin, C., et al. (2019). Multi-System-Adaptation to Confinement During the 180-Day Controlled Ecological Life Support System (CELSS) Experiment. *Frontiers in Physiology*, 10, 575.

Síndrome pós-covid-19: Aspectos cognitivos e neurológicos

Marcelo Neubauer

A doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19) é causada pelo Corona vírus número 2, responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2)¹. Este vírus foi descrito por meio de técnicas metagenéticas em material oriundo de lavado bronco-alveolar de pacientes portadores de uma nova doença respiratória na província de Wuhan, China². O SARS-CoV-2 é um RNA-vírus com cerca de 30 mil nucleotídeos e sua proteína mais importante é a “spike” – responsável pela entrada do vírus na célula a ser infectada através do receptor de angiotensina 2^{1,3}.

A síndrome pós-covid-19

Logo no início da pandemia, descreveu-se rapidamente diversos aspectos da fase aguda da COVID-19. As formas agudas da COVID-19 podem variar desde um espectro assintomático ou oligossintomático até formas extremamente graves com evolução catastrófica². Rapidamente percebeu-se que alguns pacientes, independente da gravidade da fase aguda, apresentavam sintomas prolongados, alguns inclusive de caráter sequelar⁴. A COVID-19 é dividida em 3 fases⁴:

- Fase aguda: até 3 semanas de sintomas
- Fase pós-aguda: persistência dos sintomas entre 3 e 12 semanas
- Fase crônica: persistência dos sintomas por mais de 12 semanas

A união da fase pós-aguda com a fase crônica, em alguns trabalhos, é chamada de “COVID longa”. Inicialmente pensou-se que a persistência dos sintomas fosse relacionada à Síndrome pós-aguda, quadro de persistência de sintomas após quadro clínico grave (normalmente cirurgia de grande porte e/ou internação em terapia intensiva), contudo, no pós-COVID a ocorrência de formas graves não é obrigatória⁵.

Aspectos epidemiológicos

Em um serviço ambulatorial de seguimento de casos pós-agudos⁶ foi relatada a persistência dos sintomas em 87,4% de 143 pacientes que se re-

cuperaram da COVID-19 aguda até 60 dias do início do primeiro sintoma. Fadiga (53,1%), falta de ar (43,4%), dor nas articulações (27,3%) e dor torácica (21,7%) foram os sintomas mais comumente relatados, com 55% dos pacientes continuando a apresentar três ou mais sintomas. Perda de qualidade de vida, medida pela escala EuroQol, foi observada em 44,1% dos pacientes. A persistência dos sintomas em dois terços dos indivíduos em 60 dias de acompanhamento foi descrita em outro estudo avaliando 150 pacientes com histórico de COVID-19 não grave, com um terço relatando sentir-se pior do que no início da COVID-19 aguda⁵.

Fadiga, falta de ar e sofrimento psicológico, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade, depressão, falta de concentração e anormalidades do sono, foram observados em aproximadamente 30% ou mais participantes do estudo no momento do acompanhamento⁵. Um estudo de coorte em 38 hospitais, avaliou 1250 pacientes após 60 dias da alta, através da revisão de prontuários e enquete telefônica⁷. Durante o estudo, 6,7% dos pacientes morreram, enquanto 15,1% precisaram de reinternação. Dos 488 pacientes que completaram a pesquisa, 32,6% relataram sintomas persistentes, incluindo 18,9% com sintomas novos ou agravados. Falta de ar ao subir escadas (22,9%) foi a mais relatada, enquanto outros sintomas incluíram tosse (15,4%) e perda persistente do paladar e/ou olfato (13,1%).

Há alguns quadros da Síndrome pós-COVID-19 que são correlacionados à gravidade da fase aguda, acometendo especialmente pacientes que passaram por ventilação mecânica, invasiva ou não, tais como associada à presença ou persistência de sintomas (como dispneia, fadiga/fraqueza muscular e TEPT), redução dos escores de qualidade de vida relacionados à saúde, anormalidades da função pulmonar e radiográficas no cenário pós-COVID-19 agudo^{5,8}. Por outro lado, é sabido que outros sintomas, tais como o surgimento de um “novo” diabetes, perda de olfato, dor de cabeça contínua e febre intermitente não são correlacionados com a gravidade da fase aguda enquanto outros, tais como zumbido, confusão mental (“brainfog”), queda de cabelo, depressão, tosse persistente, ansiedade e fadiga são mais comuns em quem teve formas mais leves da doença⁵.

Síndrome pós-covid-19: Aspectos fisiopatológicos

A COVID-19 é uma doença cujo dano ao hospedeiro é multifatorial, por meio da ação direta do vírus e por uma intensa e agressiva resposta imunológica⁹.

Do ponto de vista imunológico, a COVID-19 é uma doença bifásica. A presença do vírus desencadeia, primeiramente, uma resposta imunológica muito pró-inflamatória e, em seguida, uma fase anti-inflamatória a até mesmo imunossupressiva⁹:

- Fase pró-inflamatória: Desencadeada pelo próprio vírus, essa fase pode apresentar diferentes graus de intensidade, desde quadros leves até a “tempestade de citocinas”. O inóculo elevado e a presença de algumas comorbidades levam a uma intensa liberação de interleucinas e fator de necrose tumoral, promovendo dano tecidual intenso. O dano pulmonar expressivo pode levar a hipoxemia. O dano vascular desencadeia uma coagulopatia de consumo, com hemorragias no território microvascular, hipotensão arterial e queda da perfusão tecidual, podendo evoluir para Insuficiência de Múltiplos Órgãos e Sistemas, levando ao óbito.
- Fase imunosupressiva: Os pacientes que evoluírem favoravelmente passarão a uma fase imunosupressiva e pró-fibrótica. Nos locais com dano tecidual provocado pela primeira fase, haverá a ocorrência de um processo fibrótico intenso com o aparecimento de tecido cicatricial, o que pode levar às sequelas da COVID-19.

Ao contrário do que se acreditava no início da epidemia, hoje é sabido que a COVID-19 não é uma doença do aparelho respiratório e, sim, do endotélio¹⁰. O SARS-CoV-2 promove ativação da cascata da coagulação, com aumento de D-dímero e de produtos da degradação da fibrina, e redução nas plaquetas. Este fenômeno leva à ativação de células mononucleares que produzem um mediador chamado p-selectina que provoca a ativação das plaquetas.

Por outro lado, a grande liberação de citocinas e de fator de necrose tumoral, levam à intensa ativação da cascata da coagulação e redução da fibrinólise. A associação destes dois fenômenos provoca a formação de trombos na microcirculação. Esta intensa coagulação intravascular disseminada provoca lesão tecidual por isquemia e coagulopatia por consumo dos fatores de coagulação, o que leva a fenômenos hemorrágicos¹⁰.

Aspectos clínicos⁵

Resumidamente, os problemas não neurológicos e não cognitivos da Síndrome pós-COVID são:

- Pulmonar: Falta de ar persistente, diminuição da capacidade respiratória para o exercício, hipoxemia, redução da capacidade de difusão, endurecimento do parênquima pulmonar decorrente da fibrose com restrição respiratória e presença de opacidades em vidro fosco e alterações fibróticas à imagem.
- Hematológico: eventos tromboembólicos foram observados na COVID-19 pós-aguda em estudos retrospectivos. A duração do estado hiperinflamatório induzido pela infecção com SARS-CoV-2 é desconhecida. A ocorrência de trombose venosa sem outros fatores de risco é aumentada nesta população.
- Cardiovascular: Os sintomas persistentes podem incluir palpitações, falta de ar e dor torácica. As sequelas de longo prazo podem incluir aumento da demanda cardiometabólica, fibrose miocárdica ou cicatrizes (detectáveis por ressonância magnética cardíaca), arritmias, taquicardia e disfunção autonômica.
- Renal: A resolução da Insuficiência Renal Aguda durante a COVID-19 aguda ocorre na maioria dos pacientes; no entanto, foi relatada perda de função renal após 6 meses.
- Endócrino: surgimento de um novo diabetes ou agravamento do diabetes mellitus pré-existente, tireoidite subaguda e um processo acelerado de desmineralização óssea.
- Dermatológico: A queda de cabelo é o sintoma predominante e foi relatada em aproximadamente 20% dos sobreviventes de COVID-19.
- Gastrointestinal: eliminação fecal viral prolongada pode ocorrer, mesmo após teste de PCR negativo. A COVID-19 tem o potencial de alterar a flora intestinal, com elevação de organismos oportunistas e esgotamento de comensais benéficos.

Aspectos cognitivos e neurológicos – Epidemiologia e fisiopatologia

A Síndrome pós-COVID-19 pode deixar danos mais ou menos permanentes. A queda de qualidade de vida é real e há um impacto na realização das atividades de vida diária. Um estudo com 158 pacientes entre 20 e 90 dias após a fase aguda mostrou as seguintes taxas de sintomas¹¹:

- Fadiga: 82,9%
- Má qualidade do sono: 56,3%
- Ansiedade: 52,3%

- Perda de olfato e/ou paladar: 47,5%
- Depressão: 42,4%
- Confusão mental: 19%

O comprometimento da qualidade de vida também foi avaliado neste estudo: 50% dos entrevistados reportaram dificuldade para andar, em maior ou menor quantidade, cerca de 30% com alguma dificuldade para vestir-se ou tomar banho, 73% relatam alguma dificuldade nas atividades habituais (negócios, estudo, trabalho doméstico ou lazer) e quase 75% relatavam alguma dor ou desconforto físico¹¹.

Em outro estudo, realizado pela Universidade de Campinas (UNICAMP), com 81 voluntários que tiveram a fase aguda COVID-19 classificada como leve, sem necessidade de hospitalização ou oxigenioterapia, e que foram reavaliados 60 dias após a data do diagnóstico¹², foi relatado: cefaleia (40%), fadiga (40%), alteração de memória (30%), ansiedade (28%), perda de olfato (28%), depressão (20%), sonolência diurna (25%), perda de paladar (16%) e perda de libido (14%).

Estudos de neuroimagem, utilizando ressonância de alta resolução, revelaram áreas com redução da espessura cortical no giro occipito-temporal esquerdo, sulco calcarino e sulco olfatório. Por outro lado, foi detectado aumento da espessura no sulco central - incluindo giro pré-central e pós-central - e giro occipital superior, que pode estar associado a edema vasogênico¹².

Um subgrupo desses indivíduos (n = 61) foi submetido à avaliação neuropsicológica para ansiedade (Beck Anxiety Inventory, BAI), depressão (Beck Depression Inventory, BDI), memória lógica (Wechsler Memory Scale), funções cognitivas (TRAIL A e B Making Test) e fadiga (Chalder Fatigue Questionnaire, CFQ). Esses exames foram realizados com 59 dias do diagnóstico, em média. Sintomas de ansiedade foram identificados em aproximadamente 28% dos indivíduos, e 20% dos indivíduos apresentaram sintomas de depressão.

Desempenho anormal na memória lógica foi observado em quase 28% dos participantes e em, aproximadamente, 34% e 56% no TRAIL A e B, respectivamente. Identificou-se uma correlação negativa entre BAI e espessura cortical das regiões orbitofrontais e uma correlação positiva entre TRAIL B e espessura cortical do giro reto direito. Além disso, houve correlações parciais significativas entre a memória lógica (teste de evocação imediata, ajustado para BAI, BDI e CFQ) e a espessura cortical das regiões associadas à linguagem. Esses resultados sugerem que um córtex mais fino nessas áreas

está associado a pior desempenho na memória verbal. No geral, os achados indicam alterações importantes na estrutura cortical associadas a sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com sintomas respiratórios leves ou sem sintomas respiratórios¹².

As alterações cerebrais podem ser uma consequência de alterações inflamatórias ou hemodinâmicas secundárias à infecção periférica ou podem ser causadas pela capacidade do SARS-CoV-2 de invadir o SNC e comprometer a viabilidade celular e a função cerebral. Embora a inflamação exacerbada e a disfunção cardiovascular tenham sido bem caracterizadas em pacientes que progridem para os estágios graves da doença¹³, o grau de infecção do SNC pelo SARS-CoV-2 permanece indefinido. Amostras do tecido cerebral obtidas por acesso endonasal em necrópsia minimamente invasiva de 26 indivíduos que morreram de COVID-19 mostraram alterações compatíveis com necrose e inflamação em 25% dos tecidos cerebrais. Além disso, viu-se um forte predomínio de alterações senis como corpos amiláceos, depósitos de lipofuscina e retração parenquimatosa ao redor dos vasos e meninges¹².

O coronavírus tem a capacidade de infectar os astrócitos, que são as células mais abundantes do parênquima cerebral, cujas principais funções estão relacionadas à sustentação e à nutrição dos neurônios. Além disso, regulam a concentração de diversas substâncias com potencial para interferir nas funções neuronais normais, como por exemplo, o potássio. Restringem a difusão de neurotransmissores liberados e possuem proteínas especiais em suas membranas, que removem os neurotransmissores da fenda sináptica, além de participarem da barreira hematoencefálica¹⁴ necessária para a proteção do tecido nervoso. Uma vez que o metabolismo dos astrócitos é a chave para apoiar a função neuronal, as mudanças em seu metabolismo podem impactar indiretamente os neurônios. Os astrócitos sustentam os neurônios metabolicamente¹⁵; essas células apresentam aumento da taxa de consumo de oxigênio e metabolismo oxidativo aumentados quando infectadas pelo SARS-CoV-2.

Essas células desempenham um papel vital na reciclagem de neurotransmissores, um processo crucial para a manutenção da transmissão sináptica e excitabilidade neuronal. Isso é especialmente importante para as sinapses glutamatérgicas, uma vez que a captação adequada de glutamato pelos astrócitos evita a ocorrência de toxicidade neuronal¹⁶.

Além das alterações metabólicas observadas em astrócitos infectados que podem impactar a disfunção neuronal, também se percebeu que a infecção com SARS-CoV-2 desencadeia um fenótipo secretor que resulta em

aumento da morte neuronal. A liberação de um ou mais fatores neurotóxicos ainda não foram identificados por astrócitos infectados com SARS-CoV-2 nem quando ativados por fatores inflamatórios.

A morte neuronal pode explicar, pelo menos parcialmente, as alterações da espessura cortical encontradas em pacientes com COVID-19. Um estudo recente com 60 pacientes recuperados e 39 controles saudáveis também identificou anormalidades da substância cinzenta 97 dias após o início da doença, com aumento de volume em algumas áreas do cérebro¹⁵. É importante ressaltar que algumas dessas alterações se correlacionaram com sintomas de ansiedade e cognição prejudicada, o que é consistente com a literatura anterior^{18,19}.

Como uma das hipóteses para o mecanismo neuroinvasivo do SARS-CoV-2 é via nervos olfatórios²⁰, acredita-se que as associações entre os escores BAI e TRAIL B e alterações estruturais na região orbitofrontal podem ser resultado da ação do vírus nesta área cortical, intimamente relacionada aos nervos olfatórios. O SARS-CoV-2 é capaz de atingir o Sistema Nervoso Central, infectar astrócitos e, secundariamente, prejudicar a função e aviadabilidatoneuronal. Essas mudanças podem contribuir para as alterações da estrutura cerebral, resultando assim nos sintomas neurológicos e neuropsiquiátricos manifestados por alguns pacientes com COVID-19¹².

Aspectos cognitivos e neurológicos – Correlação clínica

Ao contrário do intuitivo, os sintomas da Síndrome pós-COVID-19 não são necessariamente correlacionados com a gravidade da fase aguda¹¹. Desta forma a perda de olfato e paladar não é correlacionada com a gravidade da doença aguda, inclusive podendo ser o único sintoma da doença. Por outro lado, a ocorrência de fadiga, ansiedade, perda da qualidade do sono, depressão e confusão mental (“brain fog”), são fortemente correlacionados com quadros menos graves da forma aguda da doença. Em termos de problemas neurológicos, a ocorrência de acidente vascular encefálico se correlaciona com as formas graves da fase aguda¹¹.

Sabe-se que as células neurais e imunes podem hospedar o coronavírus latente, o que poderia contribuir para complicações neurológicas e neuropsiquiátricas posteriores²¹. Ainda é muito cedo para conhecer as sequelas de longo prazo da COVID-19. É possível especulá-los a partir da compreensão dos mecanismos do COVID-19 no Sistema Nervoso Central e das evidências dos efeitos neuropsiquiátricos de longo prazo do SARS-CoV-1 e MERS.

55% dos sobreviventes do SARS-CoV-1 tinham transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), 39% apresentavam depressão, 36,4% tinham transtornos de dor, transtorno do pânico em 32,5% e transtorno obsessivo-compulsivo em 15,6%²². Em outro estudo, consequências neuropsiquiátricas de longo prazo de infecções por SARS e MERS foram observadas em 10–20% dos casos, como humor deprimido, insônia, ansiedade, irritabilidade, comprometimento da memória e fadiga. No entanto, é importante entender que as manifestações neuropsiquiátricas, como PTSD, depressão ou ansiedade, após a infecção por COVID-19, também podem ser uma reação psicológica ao estar infectado, estar em unidade de terapia intensiva ou vivenciar o estigma de contrair a infecção²³.

Se proporções semelhantes dessas complicações de longo prazo surgirem após COVID-19, então podemos esperar uma onda de sequelas neuropsiquiátricas, que terá grande implicação para o gerenciamento dos recursos de saúde limitados em todos os países. Além disso, implicações de longo prazo serão observadas em muitos problemas neurológicos²⁴. A perda do olfato é considerada um dos sintomas característicos da infecção por COVID-19, implicando no envolvimento do Sistema Nervoso Central. Isso pode ter implicações de longo prazo para neuroinfecções e doenças neurodegenerativas. Na verdade, a perda de olfato é considerada uma manifestação precoce na doença de Parkinson²⁵. Portanto, o surgimento de sintomas cognitivos após COVID-19 pode indicar um processo neurodegenerativo subjacente. Além disso, indivíduos com certas condições neurológicas imunomediadas, como esclerose múltipla (EM), podem apresentar alterações em seus sintomas não motores após COVID-19, o que também pode indicar um processo neurodegenerativo subjacente. O maior risco de desenvolver a doença de Parkinson e EM foi previamente associado à infecção por SARS-CoV-1^{26, 27}. Na verdade, a avaliação de longo prazo da cognição se tornará uma parte crítica do cuidado para esses indivíduos.

É sabido que o comportamento neurológico do SARS-CoV-2 se assemelha ao comportamento do SARS-CoV-1 e do MERS-CoV e, por isso, dados dessas duas importantes epidemias poderiam ser usados para extrapolar o que poderia ocorrer no surto atual. Em uma revisão contemplando 1963 estudos e 87 *preprints* com 3559 casos de doença por coronavírus em estudos realizados na China, Hong Kong, Coreia do Sul, Canadá, Arábia Saudita, França, Japão, Cingapura, Reino Unido e EUA, o tempo de acompanhamento dos estudos pós-doença variou entre 60 dias e 12 anos. Essa revisão

sistemática revelou que durante a doença aguda, os sintomas comuns entre os pacientes internados no hospital por SARS ou MERS incluíram confusão mental (27%), humor deprimido (32,6%), ansiedade (35,7%), déficit de memória (34,1%) e insônia (41,9%). A mania e psicose induzida por corticoides foram relatadas em (0,7%).

No estágio pós-doença, humor deprimido (10,5%), insônia (12,1%), ansiedade (12,3%), irritabilidade (12,8%), comprometimento da memória (18,9%), fadiga (19,3%), memórias traumáticas (30,4%) e distúrbios do sono (100%) foram frequentemente relatados. A meta-análise indicou que, no estágio pós-doença, a prevalência pontual de transtorno de estresse pós-traumático foi de 32,2%, a de depressão foi de 14,9%, e a de transtornos de ansiedade foi de 14,8%. Quando os dados de pacientes com COVID-19 foram examinados (incluindo dados de *preprints*), houve evidência de delírium (65%), agitação (69%), e consciência alterada (21%)²⁸.

Aspectos terapêuticos

O tratamento de pessoas com Síndrome pós-COVID-19 requer uma abordagem multidisciplinar, incluindo avaliação, tratamento sintomático, tratamento de problemas subjacentes, fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura, terapia substitutiva renal e apoio psicológico²⁹. Sintomas menores, como tosse, dor, mialgia, podem ser tratados sintomaticamente com paracetamol, antitussígenos e antibióticos orais (se houver suspeita de infecção bacteriana secundária). A etiologia por trás dos sintomas, se houver, como embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana, deve ser tratada de acordo com o protocolo padrão. A fisioterapia torácica e a neuro-reabilitação são importantes em pacientes com sequelas pulmonares e neuromusculares. Por se tratar de uma doença nova, o conhecimento sobre os efeitos em longo prazo e as opções de tratamento ainda está evoluindo. O agravamento das comorbidades subjacentes, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, pode ocorrer em pessoas após a infecção por SARS-CoV-2, exigindo otimização do tratamento.

A maioria das pessoas com sintomas leves a moderados e aquelas que apresentam melhora dos sintomas podem ser acompanhadas com consulta online ou telefônica, com menos interações face a face. Aqueles com sintomas graves e piora progressiva precisam de revisão presencial frequente. Aqueles que desenvolverem piora aguda dos sintomas ou início agudo de novos sintomas devem ser aconselhados a notificar o pronto-socorro ime-

diatamente. A frequência de acompanhamento deve ser individualizada de acordo com o perfil clínico do paciente²⁹.

A persistência crônica dos sintomas em pessoas com infecção por SARS-CoV-2 tem impacto social e econômico significativo. À medida que a doença continua a se espalhar, mais pessoas podem precisar de assistência médica, o que pode sobrecarregar o sistema de saúde²⁹.

O tratamento dos distúrbios cognitivos ou psiquiátricos secundários à Síndrome pós-COVID-19 não difere, a princípio, do tratamento das mesmas patologias, quando não relacionadas à pandemia. O objetivo principal quando atendemos um paciente com sinais e sintomas persistentes é evitar que seu quadro clínico ultrapasse 3 meses de duração, pois após esse período aumentam as chances da instalação de sequelas permanentes⁵.

REFERÊNCIAS

- BÉLANGER, M; ALLAMAN, I; MAGISTRETTI, PJ. Brain energy metabolism: focus on astrocyte-neuron metabolic cooperation. *Cell Metab*, 14, 724–738. 2011.
- CARFI, A. et al. Against COVID-19 post-acute care study group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *J. Am. Med. Assoc.* 324, 603–605. 2020.
- CEVIK, M et al. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ*, 371:m3862. 2020.
- CHASE, BA; MARKOPOULOU, K. Olfactory dysfunction in familial and sporadic Parkinson's disease. *Front. Neurol*, 11:447. doi: 10.3389/fneur.2020.00447. 2020.
- CHOPRA, V; FLANDERS, SA; O'MALLEY, M. Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. *Ann. Intern. Med.* Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M20-5661>. 2020.
- CRUNFLI F et al. SARS-CoV-2 infects brain astrocytes of COVID-19 patients and impairs neuronal viability. *Neurology*, [citado 26 de junho de 2021]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.10.09.20207464>.
- DESFORGES, M et al. Human coronaviruses: viral and cellular factors involved in neuroinvasiveness and neuropathogenesis. *Virus Res*, 194, 145–158. doi: 10.1016/j.virusres.2014.09.011. 2014.
- FAZZINI, E; FLEMING, J; FAHN, S. Cerebrospinal fluid antibodies to coronavirus in patients with Parkinson's disease. *Mov. Disord*, 7, 153–158. doi: 10.1002/mds.870070210. 1992.
- FIACCO, TA; AGULHON, C; MCCARTHY, KD. Sorting out astrocyte physiology from pharmacology. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 49:151–74. 2009.
- HU, B et al. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, v.19, March, 141-154, 2021.
- HUANG, C et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, 397, 220–232. 2021.
- IQBAL, A et al. The COVID-19 Sequelae: A cross-sectional evaluation of post-recovery symptoms and the need for rehabilitation of COVID-19 survivors. *Cureus*, 13(2): e13080. doi:10.7759/cureus.13080. 2021.

- KNUTSON, KM et al. Areas of brain damage underlying increased reports of behavioral disinhibition. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*, 27, 193–198. 2015.
- LAM, MHB et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors long-term follow-up. *Arch. Intern. Med*, 169, 2142–2147. doi: 10.1001/archinternmed.2009.384. 2009.
- LI, B et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clin. Res. Cardiol*, 109, 531–538. 2020.
- LOPEZ-LEON, S et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. medRxiv, Jan 30. doi: 10.1101/2021.01.27.21250617.PMID:33532785. [Preprint] 2021.01.27.21250617, PMCID: PMC7852236. 2021.
- LU, Y et al. Cerebral micro-structural changes in COVID-19 patients - an MRI-based 3-month follow-up study. *EClinicalMedicine*, 25, 100484. 2020.
- MAO, XY; JIN, WL. The COVID-19 pandemic: consideration for brain infection. *Neuroscience*, 437, 130–131. 2020.
- MILAD, MR; RAUCH, SL. The role of the orbitofrontal cortex in anxiety disorders. *Ann. N. Y. Acad. Sci*, 1121, 546–561. 2007.
- MURRAY, RS; et al. Coronaviruses and multiple sclerosis. *Adv. Exp. Med. Biol*, 342, 353–357. doi: 10.1007/978-1-4615-2996-5_54. 1994.
- NALBANDIAN, A et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*, 27, 601–615. 2021.
- NASCIMENTO, JHP et al. Covid-19 e estado de hipercoagulabilidade: uma nova perspectiva terapêutica. *Arq Bras Card*. 114(5):829–33, 2020.
- ORONSKY, B et al. A review of persistent post-COVID syndrome (PPCS). *Clinic Rev Allerg Immunol*, Feb 20;1-9. 2021.
- ORONSKY, B et al. A review of persistent post-covid syndrome (Ppcs). *Clinic Rev Allerg Immunol*, Published online February 20, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12016-021-08848-3>
- ROGERS, JP et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 611–627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0. 2020
- ROGERS, JP et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7):611–27. 2020.
- TROYER, EA; KOHN, JN; HONG, S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*, 87, 34–39. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.027. 2020.
- TURNER, DA; ADAMSON, DC. Neuronal-astrocyte metabolic interactions: understanding the transition into abnormal astrocytoma metabolism. *J. Neuropathol. Exp. Neurol*, 70, 167–176. 2011.
- UZUNIAN A. Coronavirus SARS-CoV-2 and COVID-1. Editorial, *J Braz Med Lab*, 56: 1-4. 2020..

La investigación em salud mental en el Perú, en condiciones de pandemia por el Covid 19: Panorama actual

*Héctor Hugo Sánchez Carlessi
Katia Mejía Sáenz*

Pesquisa de revisão, de natureza documental bibliográfica, que relata as pesquisas realizadas no Peru durante o ano 2020 relacionadas à saúde mental da população no contexto da pandemia causada pelo vírus COVID19. As informações foram coletadas a partir de uma amostra de 36 investigações realizadas por 16 universidades públicas e privadas peruanas. A maioria corresponde a estudos descritivos para os quais foram aplicados questionários e escalas. As variáveis associadas à saúde mental, que mais têm sido frequentemente estudadas, são: ansiedade, depressão, estresse, somatização e medo. Destaca-se o aumento percentual de pessoas com indicadores elevados e correlacionados de depressão, ansiedade e somatização.

En los últimos 20 años, los problemas de salud mental en el Perú han ido en aumento. Después de años de terrorismo, de manera concomitante, o como consecuencia de la crisis político-social derivada de la corrupción en las distintas esferas gubernamentales y poderes del estado, asociados a un notorio desgobierno, vienen presentándose una serie de problemas sociopolíticos y culturales, que nos ubican dentro del listado de una de las ciudades más inseguras y peligrosas de América Latina.

A lo anterior se suma que, dada la situación de pandemia y confinamiento que sufre nuestro país desde el mes de marzo del año 2020, y el mundo en general, como consecuencia del virus COVID-19, se considera que la situación actual que viene atravesando nuestro país, sumada a las condiciones de aislamiento por tiempo prolongado, las restricciones impuestas por el contacto social, así como la sola presencia del COVID 19, han dado lugar a cambios en el comportamiento psicosocial en las personas, los que favorecen la presencia de comportamientos negativos, o rumbo a situaciones de desequilibrio o desajustes en su comportamiento.

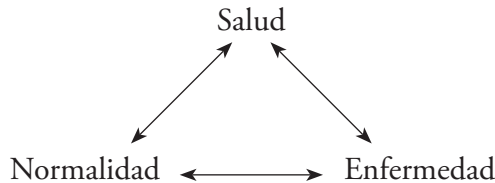
Presentada la pandemia provocada por el virus COVID-19, diversas universidades peruanas se abocaron a realizar estudios desde los diversos campos, mayormente biológicos, biomédicos y también en el campo de la salud mental, con participación de psicólogos investigadores.

En tal sentido, el objetivo del presente estudio es dar a conocer el estado actual respecto de las investigaciones en Salud Mental, en el contexto de la pandemia provocada por COVID 19, que se han realizado en el Perú a partir del confinamiento durante el año 2020.

Algunas consideraciones sobre la salud mental. El concepto de salud

En el enfoque médico clásico, que está asociado mayormente a las condiciones físicas o biológicas de la persona, al concepto de salud, generalmente, y de manera casi automática, se le opone el concepto de enfermedad; entendiéndola como la pérdida de la salud, ya que el efecto negativo de la enfermedad trae como consecuencia una alteración estructural o funcional.

Figura nº 1: La salud em el enfoque de normalidad - enfermedad



La OMS desde el año 1946 y más precisamente cuando se creó en el año 1948 considera a la salud en el sentido de bienestar general, calificándola como "estar o sentirse bien"; asimismo considera a la salud mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad" (OMS, 2013), (en Muñoz, Restrepo y Çardona, 2016).

De acuerdo con Oblitas (2004), (en Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero (2009), se entiende por salud: El "bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, que abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedades, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo"

Dentro de esta concepción, se pueden presentar una serie de situaciones y manifestaciones propias de la lucha del organismo por mantener el equilibrio con su ambiente. Por tanto, no toda manifestación del comportamiento de los organismos cae necesariamente en los extremos de los polos salud-enfermedad.

El continuum salud-enfermedad

Desde el punto de vista de la salud mental, teniendo en cuenta que el desarrollo de cada individuo humano se presenta en la forma de un equilibrio inestable, son más bien manifestaciones comportamentales que se dan a lo largo de un continuum, de forma tal, que cuando se va rompiendo el equilibrio, surgen los primeros indicadores de enfermedad física o psíquica.

Por lo general, se prioriza la enfermedad física por los indicadores o síntomas que son abiertamente orgánicos. Así, por ejemplo, conocemos indicadores numéricos normales para la presión arterial, para el pulso, el nivel de temperatura, el nivel de azúcar en la sangre, el antígeno prostático, etc.

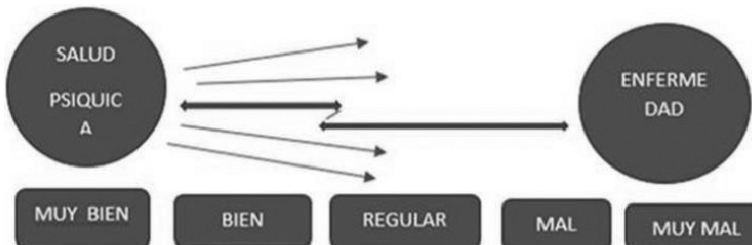
En el caso de la salud mental, cuando se presenta una alteración, trastorno o enfermedad psíquica, se hace más difícil marcar los linderos entre lo normal y lo no normal, no obstante, nos basamos en el comportamiento de la persona.

Generalmente cuando se detecta una persona con trastornos mentales, la situación es ya grave o preocupante y no se ha podido prever que dicha persona ha venido presentando ciertos problemas de desajustes en su comportamiento, lo que consideramos, operan como indicadores de salud mental.

Por tanto, para el caso de la salud mental, por ser una apreciación subjetiva, habría que considerar un continuum o graduación tal como se aprecia en la Figura 01.

En este sentido, los instrumentos psicológicos, neurológicos y psiquiátricos que evalúan los comportamientos relacionados con la salud mental, deben estar suficientemente validados y estandarizados, en el mismo ámbito social, para poder ubicar a una persona dentro de cierto rango.

Figura n° 2



La salud psicológica: bienestar personal-social

Desde la perspectiva psicológica se debe tener en cuenta que el bienestar de todo individuo es un bienestar personal-social, ya que el ser humano como ser social, interactúa permanentemente con su medio social, por lo que la salud personal social, puede comprometer la salud en la familia, la salud en la escuela, la salud en la comunidad y la salud en el trabajo. (ver figura 03).

Cualquier desequilibrio en alguno de ellos puede causar un desequilibrio en la salud psicológica del individuo.

Considerando a la Salud Mental como bienestar psicológico-social, el trabajo psicológico que se realiza en los diferentes campos profesionales ya sea educacional, laboral, social- comunitario o clínico, no debe manejarse la concepción de la salud mental como salud- enfermedad sino como promoción y prevención del bienestar integral de la persona.

Figura n°3



La salud mental en el Perú

En los últimos 20 años los problemas de salud mental en el Perú han ido en aumento. Un referente importante fue la época del terrorismo (entre las décadas del 80 y 90) en la que se advirtió el aumento de los casos de salud mental como consecuencia de los actos del terrorismo, sobre todo en las zonas donde su presencia fue mayor, en especial en la Sierra Central y Lima.

El Ministerio de Salud del Perú, a través del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, del Ministerio de Salud, periódicamente ha realizado estudios epidemiológicos de Salud Mental de diversas regiones del País.

La información epidemiológica se ha venido recopilando a través de los Hospitales Generales y Centros de Salud distribuidos a nivel nacional, desde el

año 2002 hasta el año 2015, tanto de la Costa, de la Sierra como de la Selva. Las ciudades donde se llevaron a cabo los estudios fueron: Lima y Callao, (2002-2012- 2015), Abancay (2010-2016), Huánuco, (2013), Cerro de Pasco (2013), Selva Rural (2009), Sierra rural (2008), Lima rural (2007), Iquitos, (2004), Costa Peruana (2006), Fronteras (2005), Selva Peruana (2004), Ayacucho (2003), Cajamarca (2003), Huaraz (2003) y finalmente en la Sierra Peruana (2003).

En estos estudios epidemiológicos, entre los principales indicadores sobre salud mental, abordados a través de cuestionarios específicos para niños, adultos y casos clínicos, de manera resumida, se identificó: Acoso escolar, autoeficacia ,autoestima, calidad de vida ,desconfianza en autoridades, discapacidad e inhabilidad, discriminación, estrés (ambiental, cotidiano, familiar, por violencia terrorista), hiperactividad, maltrato hacia la mujer, falta de resiliencia, satisfacción (con la vida, laboral, personal), síndromes psicopáticos, síntomas ansiosos y depresivos, trastornos (del sueño, adictivos, afectivos, clínicos psiquiátricos, de ansiedad, alimentarios, hiperquinéticos del adulto, trastornos psicóticos, violencia familiar, maltrato hacia el niño y adolescente, indicadores suicidas y juego patológico.

Como ilustración, se presenta en la Tabla 1, el estudio epidemiológico realizado en la ciudad de Lima en el año 2012, donde se encuentra que los trastornos de depresión severa, ansiedad y dependencia al alcohol y estrés postraumático son los más pronunciados.

Tabla 1. Prevalencia en las historias de vida de los trastornos mentales en adultos de lima y callao (2012)

De otro lado, el informe de la Defensoría del Pueblo, en los últimos años (2018) reporta que en el Perú hubieron 4'514,781 personas con problemas de salud mental. Es decir, cerca del 15% de la población peruana tenía algún problema de salud mental.

En el mismo informe se proyectó que para el año 2021 pudiera haber 4'659,253 personas con problemas de salud mental, lo que sería un aumento del 3.2%. Hay que advertir que este supuesto se planteó antes de la Pandemia.

Investigaciones sobre salud mental y covid-19 (2020). Problema actual

Caracterizado el Perú en el año 2020, con una crisis sociopolítica en aumento, asociado a la corrupción en todos los niveles del Estado, así como el incremento de la inseguridad ciudadana, se suma la situación de pandemia que viene sufriendo el mundo en general, como consecuencia del virus CO-

VID-19. Se considera que la situación actual que viene atravesando nuestro país, sumada a las condiciones de aislamiento por tiempo prolongado, las restricciones impuestas por el contacto social, así como la sola presencia del COVID 19, deben dar lugar a cambios en el comportamiento psicosocial de las personas, pudiendo dar pase a la presencia de comportamientos negativos, o rumbo a situaciones de desequilibrio o desajustes en su comportamiento.

Trastorno mental	Total %	Hombre %	Mujeres %
Todos los trastornos	28.50	26.6	30.2
Depresión severa	17,2	12.5	21.6
Ansiedad	10,5	8.1	12.6
Dependencia de alcohol	7.5	13.5	1.8
Estrés postraumático	5.1	3.4	6.7
Ansiedad generalizada	3	2.6	3.3
Fobia social	2.2	2	2.4
Psicosis	1.5	1.3	1.6
Depresión leve	0.6	0.4	0.8
Trastorno de pánico	0.5	0.3	0.6
Trastorno bipolar	0.2	0.3	0.1
Trastorno obsesivo-compulsivo	0.2	0.2	0.3

Fuente: Saavedra, 2012:4-5

Elaboración : área de Servicios e Investigación, Saavedra 2012

Generalmente las manifestaciones de elevado estrés constituyen la mejor demostración del desequilibrio interno que puede estar experimentando la persona que progresivamente pasará de niveles de ajuste positivo a niveles de desajuste psicológico y del comportamiento. Hay que reconocer que, en el Perú, los estudios sobre la salud mental de la población están considerados dentro de las “Prioridades nacionales de investigación en Salud 2019-2023”, (Resolución Ministerial N.º 658-2019/MINSA.

Así encontramos que en el rubro 10, sobre Salud Mental se recomienda investigar el “estado de la salud mental negativa y positiva de la población peruana, según etapas de vida y condiciones de vulnerabilidad, carga de morbilidad, brecha de atención según área geográfica”; así mismo se recomienda estudiar la “Dinámica de los determinantes sociales, biológicos, comportamentales, familiares y ambientales de la salud mental negativa y positiva”.

Algunos antecedentes

Como se ha informado, desde el año 2002 el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi viene realizando estudios epidemiológicos de salud mental identificando la prevalencia de los trastornos mentales. Estos trabajos han sido reportados y publicados periódicamente por el Instituto.

De otro lado, un significativo número de trabajos de Tesis para Licenciatura y Maestría realizados por los graduandos, a través de las Facultades de Medicina y especialmente Psicología, presentan estudios sobre algunos aspectos vinculados con la salud mental tanto positivos como negativos, como el estrés, la ansiedad, la satisfacción, la autoestima, la resiliencia, la felicidad, el burnout y el afrontamiento, entre otros.

Los días 02 y 03 de mes de octubre del año 2020, durante la pandemia, la Universidad Ricardo Palma, universidad privada de Lima, a través del Vicerrectorado de Investigación organizó un encuentro denominado “Avances y Propuestas de investigaciones en Salud Mental en condiciones de pandemia por COVID 19”, cuyos logros aparecen en la publicación Investigaciones en Salud Mental en condiciones de Pandemia por el COVID 19”, que es la Memoria del Encuentro Virtual y en la que participaron 15 expositores profesores universitarios y profesionales representando a 12 universidades del País, con 95 participantes asistentes y de diferentes regiones del país. Un análisis de los estudios presentados en esta memoria está contenido en el presente trabajo.

MÉTODO

Tipo y método de investigación

Investigación de revisión, de carácter bibliográfico documental a partir de fuentes escritas publicadas, que reúne, en datos cuantitativos y cualitativos, las principales características que presentan las investigaciones sobre salud mental realizadas en el Perú en el año 2020. Por ser un estudio de revisión se ha empleado el método bibliográfico documental

Instrumento Empleado

Para recoger la información se elaboró una matriz de identificación de variables metodológicas y del comportamiento, relacionados con la salud mental, para ser aplicado en cada estudio analizado.

Procesamiento de datos

El procesamiento se realizó mediante la matriz de análisis de datos cuantitativos de los 36 estudios referidos, Se obtuvo la distribución de frecuencias y el cálculo de los porcentajes para observar la predominancia de las características.

Muestra seleccionada

se identificaron y seleccionaron 36 investigaciones reportadas por las universidades de diversas partes del país. La identificación se realizó a través de los repositorios de las universidades y de los artículos publicados.

RESULTADOS

Investigaciones realizadas sobre salud mental

A continuación, en la Tabla 2, se presentan las 16 universidades de diferentes regiones del Perú que han formado parte de la muestra seleccionada.

Tabla 2. Número de investigaciones por universidades afiliadas

Universidades	N	%
Universidad Privada Cayetano Heredia	7	19
Universidad Ricardo Palma Universidad	6	17
San Ignacio de Loyola Universidad	4	11
Antenor Orrego	2	6
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	1	3
Universidad Nacional del Centro del Perú	1	3
Universidad Femenina del Sagrado Corazón	1	3
Universidad Privada de Tacna	1	3
Universidad César Vallejo del Norte	1	3
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas	1	3
Universidad Andina del Cusco	1	3
Universidad Andina del Sur	1	3
Universidad Inca Garcilaso de la Vega	1	3
Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco	1	3
Universidad San Antonio Abad del Cusco	1	3
Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios	1	3

Así mismo se identifican nominal y porcentualmente, la cantidad de investigaciones realizadas por cada universidad sobre el tema de la Salud Mental.

Se observa que las universidades que han desarrollado un mayor número de investigaciones son: Universidad Cayetano Heredia, Universidad Ricardo Palma y Universidad San Ignacio de Loyola, las tres ubicadas en la ciudad de Lima.

Método empleado para los estudios

De acuerdo con la tabla 3, del análisis de los estudios se pudo apreciar que el 69% (25) han empleado el método descriptivo cuantitativo, solo un 22% el método cualitativo y 8% el método experimental.

Tabla 03. Método de investigación empleado en las investigaciones

Método	Fr	%
Descriptivo cuantitativo	25	69
Cualitativo	8	22
Experimental-empírico	3	8

Técnica de recogida de datos

De acuerdo con la Tabla 4, el mayor porcentaje (64%) corresponde a los estudios que han empleado cuestionarios, inventarios y escalas, en menor porcentaje la técnica de revisiones bibliográficas (22%) y con un menor porcentaje (14%) la entrevista y observación.

Tabla 04. Técnicas de recogida de datos empleados

Técnica	Fr	%
Cuestionario, inventario, escala	23	64
Entrevista/observación	5	14
Revisión Bibliográfica	8	22

Principales variables psicológicas Asociadas a la Aalud Mental

En la tabla 5, se puede identificar la frecuencia y porcentajes de las variables psicológicas estudiadas en el contexto del COVID 19 en el año 2020.

Tabla 5. Principales variables psicológicas asociadas a la salud mental

Variable	Frec	%
Ansiedad	15	42
Depresión	11	30
Salud mental	8	22
Estrés	6	17
Somatización	4	11
Temores, miedos	4	11
Burnout	3	8
Percepción emocional	3	8
Desesperanza	2	5
Agresividad	2	5
Intolerancia	2	5
Desajuste familiar	2	5
Alteraciones de sueño y comida	2	5
Resiliencia, afrontamiento	2	5
Resiliencia	1	3
Bienestar espiritual	1	3
Actitudes	1	3
Calidad de vida	1	3
Capacidad empática	1	3
Evitación experiencial	1	3
Procrastinación	1	3
Construcción de instrumentos y aplicativos	1	3

Se puede apreciar que destacan por su mayor frecuencia, las siguientes variables asociadas a la salud mental: Ansiedad, Depresión, Estrés, Somatización y Temores. De manera genérica aparece la variable salud mental.

Tipo de población abordada en los estudios

La tabla 6, presenta el tipo de población estudiada en las 36 investigaciones. Las mayores frecuencias corresponden al personal médico y de salud, la población en general y estudiantes universitarios.

Tabla 6. Tipo de población estudiada en las investigaciones

Muestra de Estudio	Frec.	%
Personal médico y salud	9	25
Población en general	9	25
Estudiantes universitarios	7	19
Trabajadores (Policías, Teletrabajo)	3	8
Jóvenes y adultos	3	5
Adultos mayores	2	5
Docentes educación básica	1	3
No aplica	8	22

Tipo de investigación realizada

De acuerdo con la Tabla 7, la gran mayoría de estudios son de carácter descriptivo con el empleo del método de encuestas y la aplicación de cuestionarios y escalas. Un porcentaje menor corresponde a investigaciones de Revisión.

Tabla 7. Tipo de investigación

Tipo de Investigación	Fr.	%
Descriptivo, de encuestas por muestreo	26	72
De revisión	7	19
De diseños Aplicativos	3	8

Diseño o modalidad de investigación

El mayor porcentaje corresponde a los estudios descriptivos cuantitativos. Los cualitativos sobre todo de revisión aparecen, en menor porcentaje. (Tabla 8).

Tabla 8. Modalidad de investigación

Modalidad de Investigación	Fr.	%
Descriptivo cuantitativo	25	69
Cualitativo	8	22
Experimental empírico	3	8

Hallazgos importantes
Mayores indicadores de desajustes

En un estudio específico realizado (Sánchez, Reyes y Matos, 2020) aplicando un inventario para identificar los niveles de desajustes del comportamiento psicosocial como indicadores de salud mental, en el contexto de la pandemia provocada por el COVID-19, de una muestra de 860, se seleccionaron los sujetos que estaban por encima del percentil 75 de una distribución.

La Tabla 9, presenta el número de sujetos y el porcentaje de la muestra que obtuvieron valores elevados como para ser ubicados con problemas de desajuste psicosocial en alguno de los indicadores. Se encontró que en todos los indicadores los niveles de desajustes estaban entre 18% y 25%. Entre los indicadores con más alto porcentaje de desajustes se encontró: Incivismo, Desesperanza, Temores, Somatización, Ansiedad, Intolerancia y agresividad.

Tabla 9. Porcentaje de sujetos que están por encima del percentil 75 (considerados con alto y muy alto desajuste), población general

Variables psicosociales	Ansiedad	Depres.	Somatiz. z.	Agresiv. v.	Desesp.	Incivism	Intoler	D. Fam.	Temores
Valor de Q75	8	8	7	5	7	5	5	6	9
N. sujetos con Q75	256	243	271	243	288	365	268	225	260
% de la muestra	21%	18%	23%	20%	24%	25%	20%	19%	23%

Correlaciones entre variables

La tabla 10 muestra las correlaciones obtenidas entre las variables: Ansiedad, Depresión, Somatización y Temores, en una muestra de Lima. (N = 580)

Se observa que en todos los casos la correlación de Pearson es elevada. Así tenemos que la variable ansiedad correlaciona muy significativamente con somatización y depresión, y algo menos con temores. La variable Depresión correlaciona significativamente alto con Ansiedad y Depresión y algo menos con Temores y la variable somatización correlaciona significativamente alto con Ansiedad, Depresión y Temores.

Tabla 10.-Correlaciones entre ansiedad, depresión, somatización y temores

	Correlación	Ansiedad	Depresión	Somatización	Temores
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	.694**	.854**	.550* *
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
Depresión	Correlación de Pearson	.694**	1	.632**	.403* *
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
Somatización	Correlación de Pearson	.854**	.632**	1	.667* *
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
Temores	Correlación de Pearson	.550**	.403**	.667**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). N = 580					

Discusión de resultados

El presente estudio de revisión bibliográfica de carácter cuantitativo y cualitativo, realizado con 36 informes científicos que reportan investigaciones sobre salud mental de la población, realizados durante el año 2020, en el marco de la pandemia y confinamiento y aislamiento social provocado por el virus Covid-19, nos permite arribar a lo siguiente:

La presencia de estudios descriptivos es ampliamente mayoritaria en los trabajos realizados, en especial los descriptivos cuantitativos. No se observan estudios claramente explicativos ni menos de carácter experimental propiamente dicho; los encontrados son más bien estudios tecnológicos sobre aplicativos de juego o esparcimiento en tiempos de pandemia.

La no presencia de investigaciones explicativas en salud mental, tal vez se debe a la premura y corto tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia, aunque hay una clara tendencia a nivel internacional por los estudios descriptivos cuantitativos y comparativos. Los cualitativos, sobre todo de revisión,

aparecen al inicio de la pandemia, pero en menor porcentaje Recordemos que hay muchas investigaciones de revisión que se pueden encontrar, las primeras procedentes de China, donde se originó la Pandemia.

Siendo descriptivos, la gran mayoría emplea el método de encuestas y la aplicación de instrumentos, ya sea de cuestionarios y escalas, los que mayormente han sido realizados mediante cuestionarios Google form, aunque ello no nos garantiza una representativa selección de la muestra, ya que solo pueden responder los que tienen teléfono inteligente y pagan por el servicio de internet, lo cual ya configura un sesgo muy claro de la muestra elegida.

Es significativa la presencia de 16 universidades que en total lograron realizar 36 investigaciones. Es significativa porque recordemos que la pandemia, cuarentena y confinamiento se iniciaron en el mes de marzo, es decir en 9 meses se pudo lograr 36 investigaciones sobre el tema.

En cuanto a la población estudiada, las investigaciones mayoritariamente han optado por muestras a su alcance o disposición, es por ello por lo que los porcentajes son elevados para el caso de muestras de médicos y paramédicos, así como de alumnos universitarios. El porcentaje elevado de la población en general se debe al procedimiento de recolección de los datos mediante los cuestionarios Google, que hacen uso del muestreo bola de nieve, que es como lanzar una red para ver cuanta población responde.

Con relación a los cuestionarios y escalas se ha encontrado que algunas ya han sido validadas y son reconocidas en su aplicación y en otros casos son elaboraciones ad hoc de dichos instrumentos, los mismos que contienen reactivos referidos a la Pandemia y al Coronavirus.

Entre las variables asociadas a la salud mental más frecuentemente estudiadas se ha identificado las siguientes: ansiedad, depresión, estrés, somatización, y los temores. Sobre todo, la ansiedad, la depresión y el estrés están presentes en estudios de salud mental antes de la pandemia; estas variables se han mantenido sobre todo por las condiciones de confinamiento que viene atravesando la población peruana.

Se estima que los niveles de ansiedad, depresión y estrés han aumentado significativamente, ya que los comentarios señalan que se encuentran presentes de manera significativa entre un 20 y 25% de la población.

REFERENCIAS

- Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi del Ministerio de Salud. Anales de Salud Mental en el Perú (2017) Disponible em https://www.enterarse.com/20191010_0001-cual-es-la-situacion-de-la-salud-mental-en-el-peru.
- Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero (2009) Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Psicología desde el caribe ISSN 0123-417X N° 23, enero-julio 2009
- Oblitas (2006), Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Segunda Edición.
- OMS (1946) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Sánchez /Reyes/Matos (2020), Validez y confiabilidad del inventario de comportamiento psicosocial desajustado, ante la presencia del COVID-19 en la población peruana. Lima: URP.
- Sánchez y Mejía (2020) Investigaciones en Salud Mental en condiciones de pandemia por el COVID-19. Lima, URP
- Sánchez/Reyes/Matos (2020) La triada ansiedad, depresión y somatización y su relación con los temores en condiciones de confinamiento por la presencia del COVID-19, en la población de Lima. Lima: URP.
- Sánchez/Reyes/Matos (2020). Impacto de la presencia del COVID-19, en los comportamientos psicosociales desajustados, como indicadores de salud mental de la población peruana. Lima; URP.

***A trajetória dos
“PSICÓLOGOS BRASILEIROS ONLINE”
no fomento à saúde mental de brasileiros
fora do território nacional durante a
pandemia da COVID-19***

Ana Lúcia Gonçalves, José Augusto Goldoni, Primo Paganini

INTRODUÇÃO

A telepsicologia é um termo bastante usado nas comunidades de psicologia internacionais, sendo um braço da telessaúde, referindo-se ao atendimento psicológico remoto. Para isso, faz-se uso de tecnologias de informação e comunicação para prover atendimento, possibilitando a promoção de saúde e bem-estar. Em alguns países, a experiência com esse tipo de atendimento acontece desde a década de 70¹.

No Brasil, o atendimento psicoterápico online com número indeterminado de sessões foi liberado apenas com a resolução 11/2018²; antes disso, somente a orientação psicológica era autorizada. Algumas restrições da 11/2018 foram revogadas com a resolução 04/2020³, que disciplina o atendimento psicológico mediado por tecnologia durante a pandemia. Neste contexto, os atendimentos online ficam liberados, inclusive, em situações de:

- Urgência e emergência
- Catástrofe
- Vulnerabilidade Motivada pela necessidade de prover bem-estar aos brasileiros que vivem na Noruega e no Ártico norueguês.

Celma R. Hellebust, advogada brasileira, Cônsul Honorária do Brasil, residente em Stavanger, Noruega, entrou em contato com a psicóloga Ana L. Gonçalves, residente no Brasil, em março de 2020, questionando sobre a possibilidade de ajuda aos cidadãos brasileiros que residem naquela região em caráter emergencial e voluntário³. A psicóloga, com experiência de longa data em atendimento psicológico à distância mediado por tecnologia, e consciente dos transtornos emocionais que o isolamento social pode causar nas pessoas, firmou a proposta de criação de um grupo de trabalho com profissionais da psicologia, psiquiatria e doenças infecciosas⁴.

A colaboração do Ministério das Relações Exteriores do Brasil (Itamaraty) na apresentação do serviço à comunidade, especificamente por meio do Grupo Consular de Crise (criado para atender brasileiros no exterior e afetados pela nova pandemia COVID-19), resultou na ampla divulgação do projeto e no consequente aumento da demanda, devido à necessidade de apoio psicológico por brasileiros em vários outros lugares do mundo. Assim, a rede foi ampliada, tornando-se uma atividade de suporte à saúde mental da comunidade brasileira no exterior, com cerca de 80 profissionais nativos colaborando até hoje. Intitulada de “Psicólogos Brasileiros Online”, esta rede de atenção à saúde mental é voltada exclusivamente para brasileiros que vivem fora do Brasil e para suas famílias residentes no Brasil¹.

Desta forma, o projeto “Psicólogos Brasileiros Online” surgiu no início da pandemia de COVID-19¹, num momento de instabilidade mundial, onde medo, incertezas, tolhimento da liberdade e adoecimento físico e mental apresentavam-se em crescimento. O grupo disponibilizou-se para os atendimentos remotos, ultrapassando fronteiras geográficas e oferecendo algum alento em momentos de dificuldade. Em contrapartida, mantiveram-se fortalecidos e unidos mais do que pela nacionalidade, mas pela humanidade.

O projeto

O projeto “Psicólogos Brasileiros Online” foi idealizado e colocado em prática diante do alastramento mundial da Covid-19¹, com o propósito de prestar serviço de atendimento psicológico remoto e promover a saúde mental. O acesso a atendimentos aos que desenvolveram ou acentuaram os problemas emocionais por conta da pandemia foram viabilizados, sendo os quadros ansiosos, crises de pânico e medos em geral os casos mais comuns¹. Além disso, os atendimentos serão mantidos mesmo pós-pandemia, remotamente, com profissionais da mesma cultura pátria e de mesma língua mãe daqueles que estão longe do Brasil.

A escolha por atender os brasileiros que estão fora do país deu-se no contexto da pandemia da Covid-19, quando muitos turistas e expatriados viram-se sem condições de retorno ao Brasil, seja por cancelamento de voos ou por fechamento de fronteiras. No caso dos residentes no exterior, muitos não puderam vir ao país mesmo em casos urgentes. Estas e outras situações, como o medo do contágio e dificuldades financeiras, por exemplo, provocaram um aumento crescente nos casos de transtornos mentais e emocionais, seja pelo agravamento de condições prévias ou pelo surgimento de novas

doenças. Nessas condições, o atendimento online tem a vantagem de evitar a necessidade de deslocamento, podendo ser realizado sem sair de casa, seguindo as normas do Conselho Federal de Psicologia(CFP)¹.

Os “Psicólogos Brasileiros Online” realizam atendimento psicológico emergencial, remoto e voluntário com disponibilidade de atendimento 24 horas por dia, 7 dias da semana, em esquema de agendamento prévio. A equipe é formada por profissionais da saúde mental com várias abordagens teóricas, além de um médico infectologista. O projeto conta com o apoio do Itamaraty (Ministério das Relações Exteriores) em sua divulgação junto a embaixadas e consulados. É importante frisar que esse apoio é restrito à divulgação, como parte de um programa de Estado e é independente de qualquer Governo⁴.

Após o contato inicial via mensagem eletrônica e da concordância com o termos de atendimento, o paciente é direcionado a um psicólogo cadastrado para que efetue o agendamento de uma consulta por chamada de vídeo pela internet. Os atendimentos são breves e pontuais e a necessidade de acompanhamento por um período mais longo ou do encaminhamento para a psiquiatria é decidida caso a caso. A proposta inicial é de um atendimento único, mas que pode ser estendido a até três consultas psicológicas ou ao encaminhamento a uma consulta psiquiátrica⁴.

As interações entre psicólogos e pacientes por chamadas de vídeo são autorizadas e regulamentadas pelo CFP e pela Portaria n.16, de março de 2020³. Todas as informações são tratadas com sigilo e segurança, respeitando-se o Código de Ética da área. Além dos cuidados do profissional com a segurança e a privacidade das informações, é necessário também que o paciente preferencialmente utilize seu próprio equipamento em uma conexão à internet privada e confiável¹.

É sempre ressaltado no âmbito do projeto que pessoas em risco, com pensamentos suicidas ou outros casos graves devem procurar o hospital mais próximo ou outros serviços de emergência locais. Menores de idade somente são atendidos mediante expressa autorização dos pais ou responsáveis.

Paralelamente aos atendimentos, os profissionais realizam encontros em salas fechadas da internet para atualização de dados da pandemia, treinamentos internos e externos e troca de experiências. Apresentações em tempo real são realizadas pela internet, com o intuito de ajudar a comunidade em geral, com disponibilização de vídeos do projeto⁵ por uma plataforma de compartilhamento. Psicólogos, psiquiatras e o infectologista participam ativamente, disponibilizando orientações pelas redes sociais. Desse modo, o projeto vai

além do atendimento individual, e as pessoas também podem buscar informações postadas nas redes sociais ou participar de reuniões em tempo real.

O projeto “Psicólogos Brasileiros Online” fez-se conhecido basicamente por meio do tráfego orgânico, ou seja, foi investido pouquíssimo dinheiro em impulsionamentos nas redes sociais. A divulgação deu-se pelas páginas do grupo nas redes sociais (Facebook⁶, Instagram⁷ e Youtube⁵), páginas particulares dos profissionais^{8,9}, e páginas oficiais e redes sociais das embaixadas e consulados.

O projeto tem contribuído em larga escala para a melhora da saúde mental e os “Psicólogos Brasileiros Online” manter-se-ão ativos, mesmo após a pandemia, em outras causas humanitárias, como quando ocorreu a explosão em Beirute, o terremoto na Grécia e Turquia, o ataque terrorista na França e a guerra na Armênia, por exemplo.

O perfil dos atendimentos

Até a data de publicação deste capítulo, 80 profissionais da área da saúde atenderam 204 pacientes em 470 sessões emergenciais e voluntárias em mais de 40 países, inseridos em um projeto inédito e exclusivo de atenção à saúde mental para um público específico. Houve uma grande incidência de pacientes do sexo feminino (78%), estatisticamente mais velhas do que os homens. Os principais motivos de procura por atendimento foram os esperados em uma situação de confinamento, isolamento e estresse social. A seguir, mostramos os dados obtidos no ano de 2020 (gráficos 1-3, figura 1).

Gráfico 1: pacientes atendidos por localização

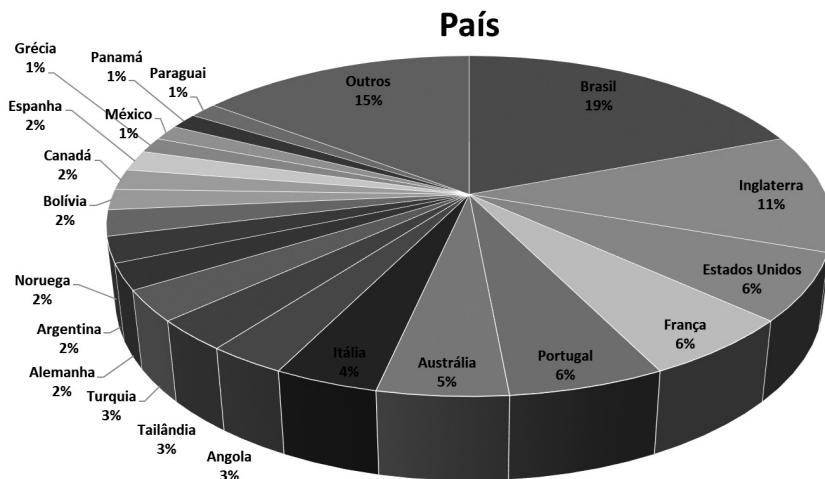


Gráfico 2: distribuição dos pacientes por sexo

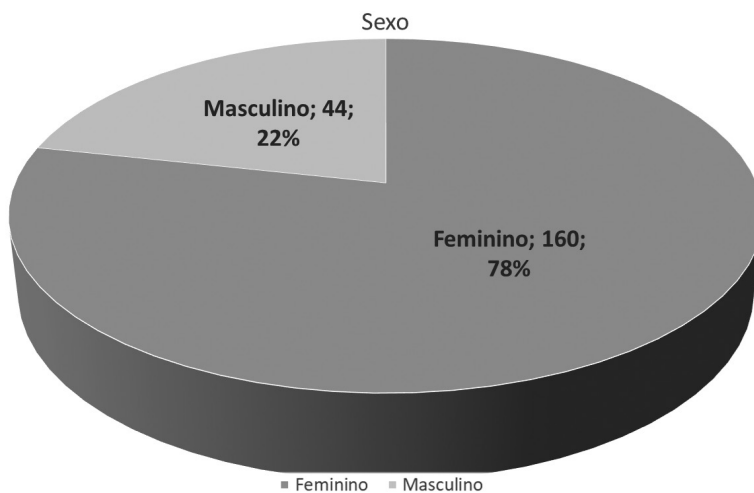


Gráfico 3: média (+ ou - intervalo desconfiância 95%) da idade global e por sexo

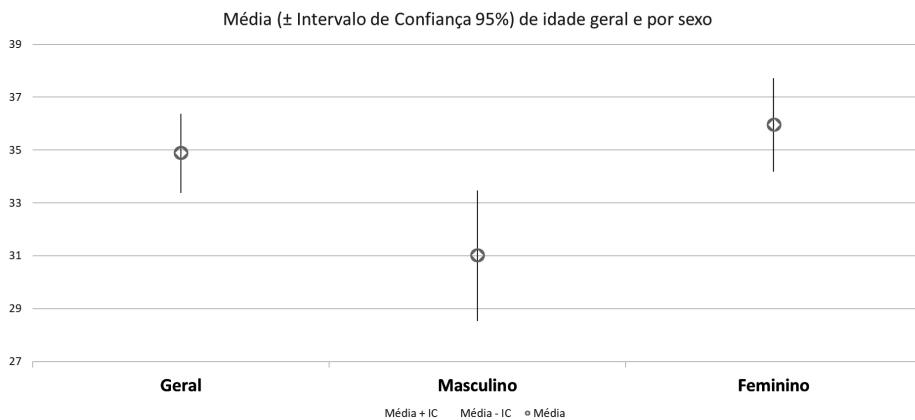
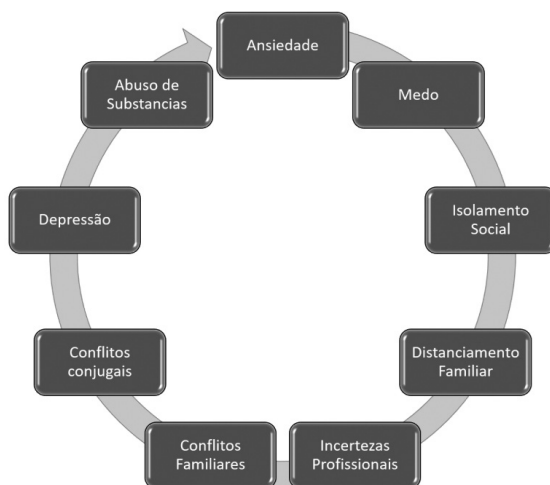


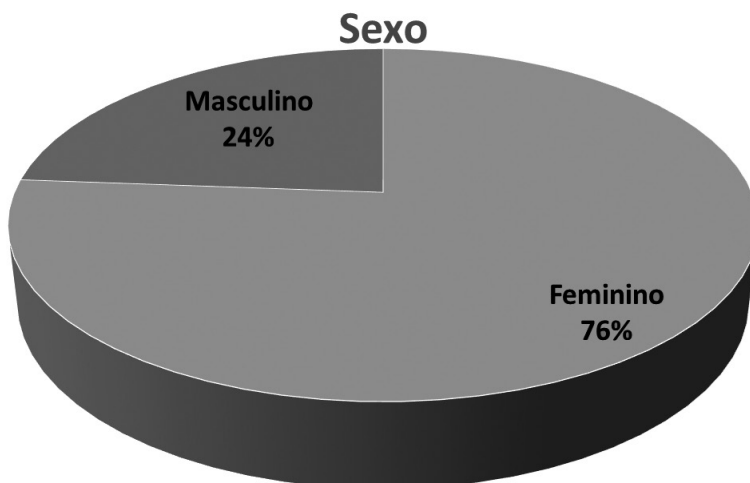
Figura 1: Principais motivos de procura pelo projeto



Os profissionais

Em dezembro de 2020, a organização do projeto realizou uma pesquisa para detalhar o perfil dos profissionais participantes do projeto. Dos 80 profissionais da psicologia, 63 responderam à pesquisa de perfil profissional, distribuídos da seguinte forma (gráficos 4-6):

Gráfico 4: Distribuição dos profissionais por sexo



A média de idade dos profissionais é de 42,95 anos, com média de 12,9 anos de formados; 68% são vinculados às instituições privadas e 32% a instituições públicas, sendo que a instituição mais frequentemente citada foi a USP-Ribeirão Preto; 19% dos profissionais possuem outra graduação (gráfico 5) e 56% têm uma especialização ou mais (gráfico 6)

Gráfico 5: Histórico de graduação em outras áreas

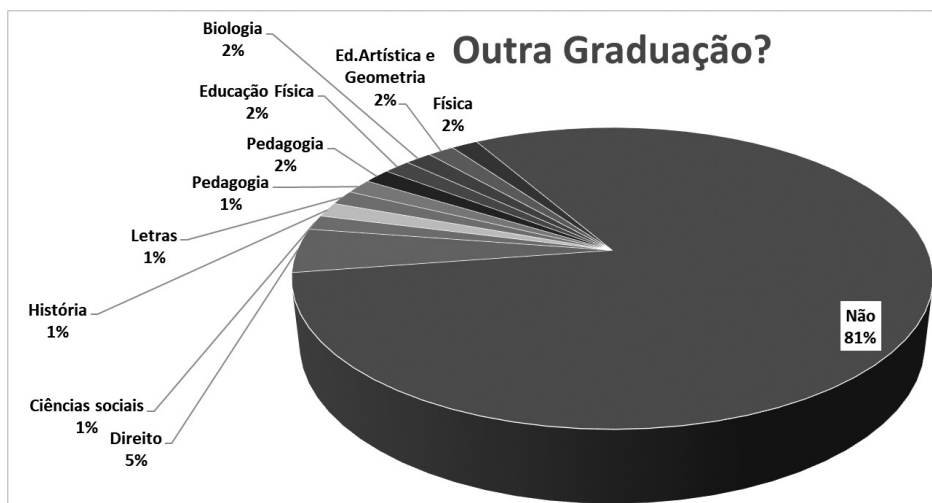
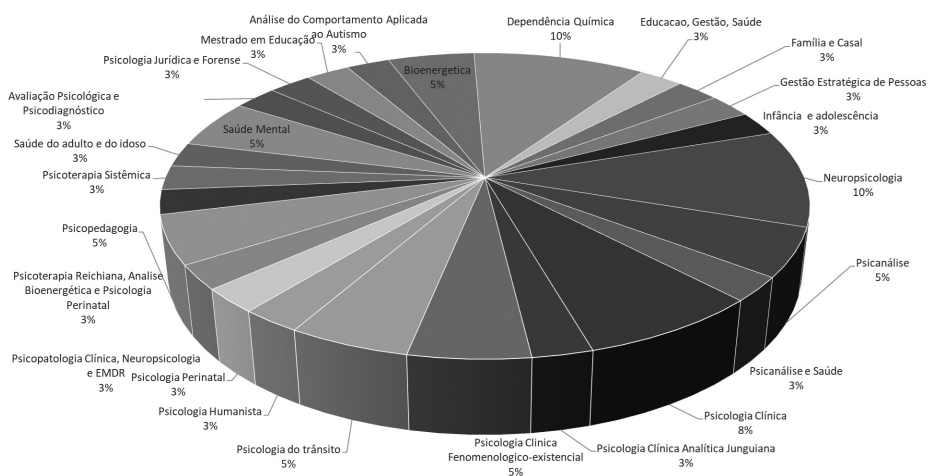


Gráfico 6: Áreas de especialização dos profissionais do projeto



A maioria dos profissionais tem algum grau de experiência em atendimento online, iniciado antes de 11/2012 (2%); após 11/2012 (11%); após 11/2018 (38%); e, a maioria, após 04/2020 (49%). A pandemia impactou no modelo de atendimento: 73% dos profissionais atendem nas modalidades online e presencial; 21% somente online; 3% somente presencial, 30% usam algum tipo de plataforma e 3% não está atendendo. Além do trabalho no projeto, os profissionais atendem em diversas outras modalidades: 27% prestam atendimento individual; 15% realizam apresentações online (*lives*); 11% realizam supervisão técnica; 10% proferem cursos; 8% prestam orientação parental; 7% atendem casais; 7% proferem palestras; 6% atendem em grupo; 4% dão treinamentos e; 7% outras modalidades.

Para a grande maioria dos profissionais (85%), participar do projeto ajudou no desempenho do atendimento online; somente 17% realizou algum treinamento para esta modalidade. Somente 9% dos profissionais possuem websites próprios para divulgação ou atendimento a pacientes: (analu-ciagoncalves.com.br, augustogoldoni.com.br, genesicarriel.com.br, helenapowertag.com.br, williamserra.com.br). Além dos psicólogos, o grupo conta com o suporte de 3 psiquiatras.

Projeto psicólogos brasileiros online e achados psicopatológicos

O Projeto “Psicólogos Brasileiros Online” foi uma inovação e uma necessidade em um momento tão delicado quanto este da pandemia por SARS-COV2, em que todo um *modus operandi* social sofreu mudança brusca sem tempo para adaptação, com a demanda para acompanhamento psicológico/psiquiátrico crescendo proporcionalmente¹¹.

Os níveis de estresse e insegurança atingiram a todos em maior ou menor grau. Alguns que nunca apresentaram quadros psíquicos ou psiquiátricos passaram a manifestá-los através de sintomas de depressão, ansiedade, síndrome de pânico, estresse e abuso de substâncias. Porém, a população mais atingida foi aquela que já era portadora de transtornos mentais, que representa cerca de 25% da população mundial^{12,13,14}.

Indivíduos portadores de condições mentais são mais propensos a quadros infecciosos com má evolução¹⁵. Há várias explicações para isso, tais como hiperativação dos eixos de estresse e tempestade inflamatória; porém, fatores sociais, tais como situação socioeconômica desvantajosa, menor acesso a serviços de saúde e maior sensibilidade ao

estresse diário¹⁶ devem ser considerados. Portadores de doenças mentais também apresentam maior risco de abuso de drogas do que a população em geral (tabaco é muito comum entre portadores de esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão)^{17,18}.

O SARS-COV2 é altamente neurotrópico, isto é, os neurônios e o Sistema Nervoso Central são locais de preferência para sua infecção¹⁹. É de se esperar, portanto, que haja aumento da psicopatologia nesse período, tanto por fatores externos (estresse, insegurança e indefinições em relação ao futuro) quanto internos (predisposição genética para doenças mentais, descompensação de eixos hormonais e de neurotransmissores, além da ação deletéria direta do vírus nas células nervosas).

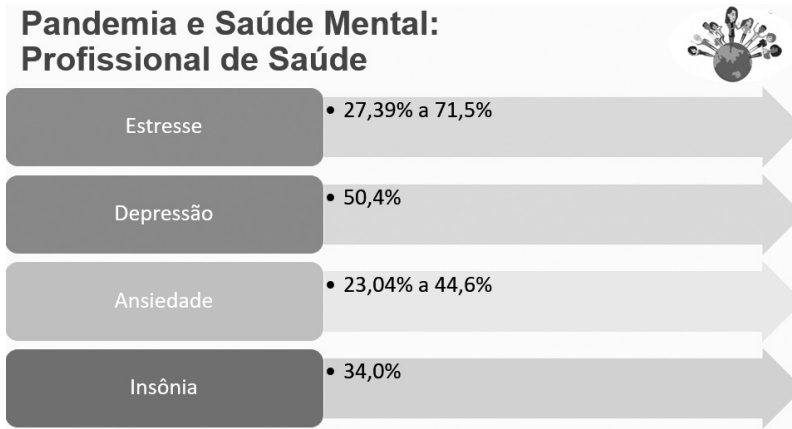
OCDC, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, já havia alertado, no primeiro trimestre de 2020, que haveria um aumento na frequência das doenças mentais, principalmente transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo, porém, a partir do terceiro trimestre, notou-se também a elevação das taxas de síndromes depressivas, abuso de álcool e de outras drogas, lícitas e ilícitas.

Abaixo, relataremos os principais achados que o grupo “Psicólogos Brasileiros Online” identificou nos atendimentos realizados ao longo de 2020/2021:

- Maior acometimento do sexo feminino (o que está de acordo com a literatura psiquiátrica, que demonstra que mulheres costumam ser mais acometidas por quadros psicológicos/psiquiátricos)²⁰.
- Faixa etária entre a segunda e a quarta décadas de vida.
- Os principais quadros psicopatológicos foram: ansiedade, depressão, isolamento social, abuso de substâncias, distanciamento familiar, medo e insegurança, conflitos conjugais e familiares, e incertezas profissionais (o que também está de acordo com o observado e descrito na literatura internacional, com quadros adicionais de insônia, insatisfação, hipersensibilidade, preocupações somáticas, fobias e compulsões)²¹.

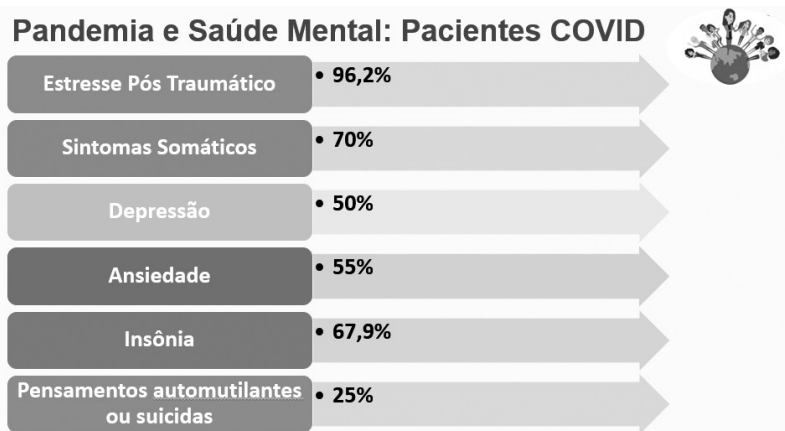
Os profissionais de saúde também demandaram suporte psicológico e psiquiátrico, mas foi o grupo profissional que menos solicitou ajuda para si. A seguir, descrevemos alguns dados internacionais referentes a esses profissionais (figura 2).

Figura 2: Quadros psicopatológicos mais comuns em profissionais da saúde²¹



Já nos pacientes que foram infectados diretamente pelo SARS-COV2, os quadros psicopatológicos mais comuns foram, de acordo com a literatura internacional (figura 3):

Figura 3: Quadros psicopatológicos mais comuns em pacientes de Covid-19²¹



Abaixo descrevemos os principais grupos de risco para problemas de saúde mental e seus quadros clínicos, conforme literatura internacional (figuras 4-7):

Figura 4: Grupos de risco para problemas de saúde mental e seus quadros clínicos²²

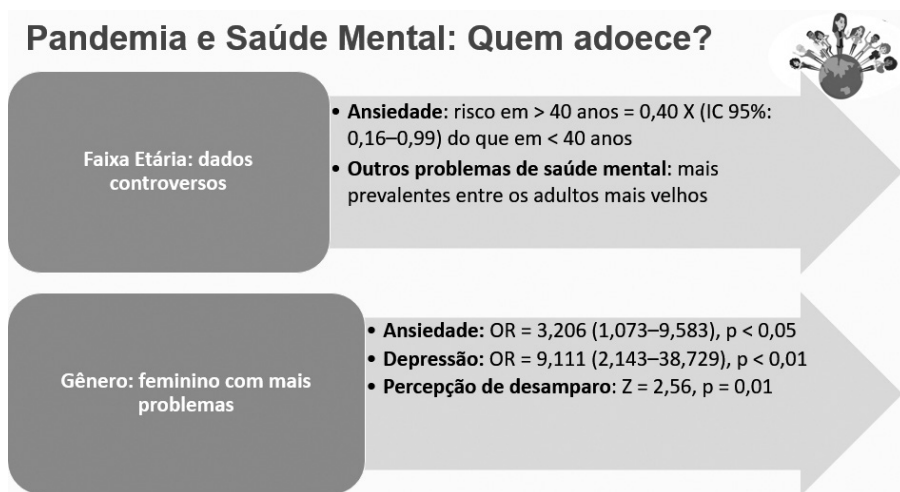


Figura 5: Grupos de risco para problemas de saúde mental e seus quadros clínicos²²

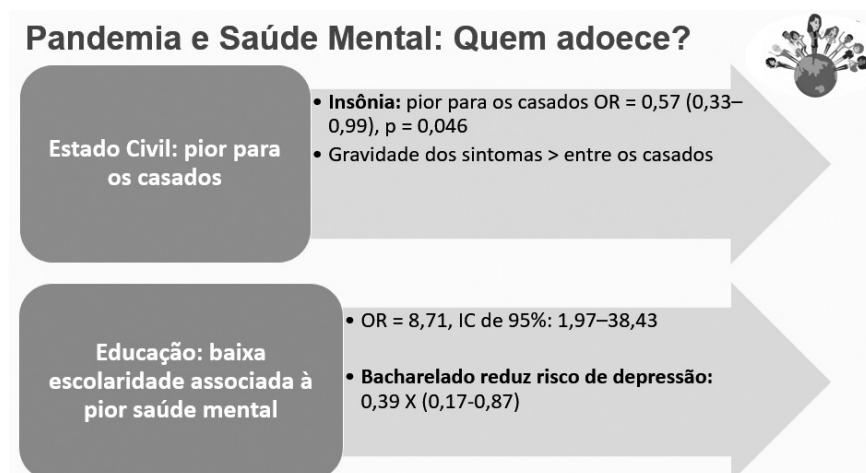


Figura 6: Grupos de risco para problemas de saúde mental e seus quadros clínicos²²

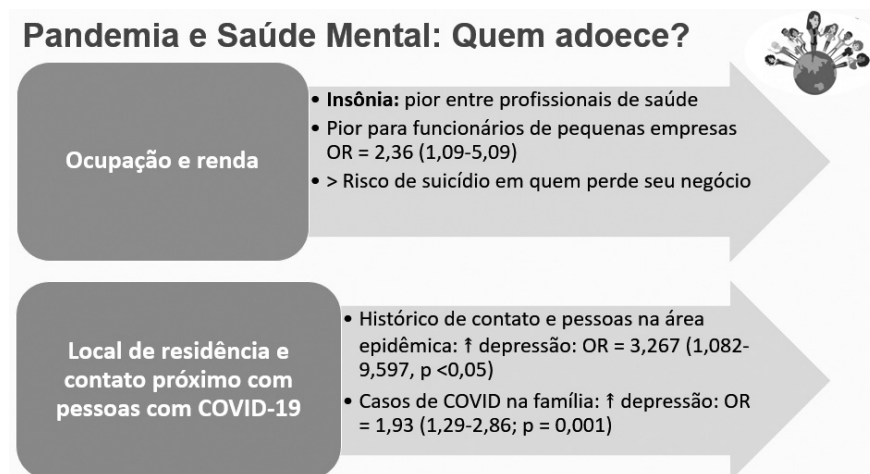
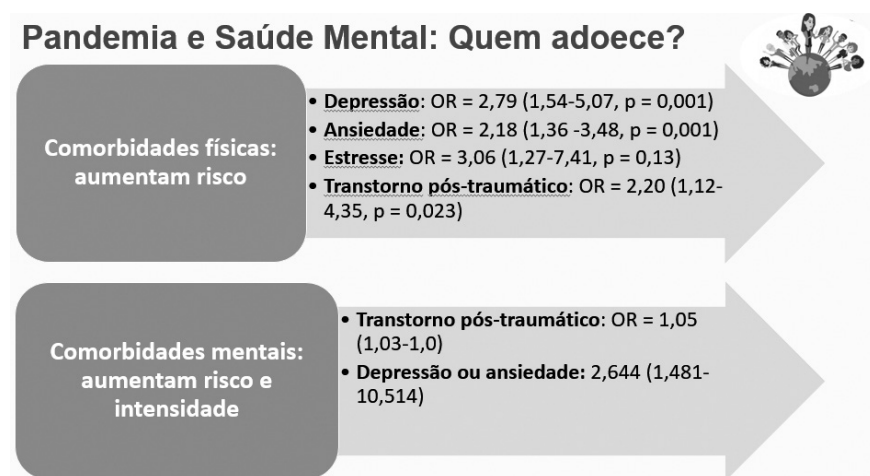


Figura 7: Grupos de risco para problemas de saúde mental e seus quadros clínicos²²



Nota-se, nesse momento ímpar, a importância da redução da “psicofobia”, isto é, do medo e da insegurança em se buscar suporte psicológico e psiquiátrico, e da implementação de programas e iniciativas que busquem melhorar a qualidade da saúde mental em indivíduos assintomáticos e em portadores de condições psicológico/psiquiátricas preexistentes. Assim, evi-

ta-se a triste estatística demonstrada pela Organização Mundial da Saúde de que, quando as condições mentais não são abordadas incisiva e rapidamente, há redução de expectativa de vida.

Na vida, é preciso se desafiar. Em situações de dificuldades, é fundamental olhar para os recursos internos, pois isso pode salvar. Quando se olha para dentro e também ao redor, as soluções ficam mais claras, assim como mais viáveis. Foi o que aconteceu com esse projeto, onde muitas pessoas abraçaram uma causa, trabalhando de forma voluntária, divulgando e, acima de tudo, acreditando na seriedade dessa proposta.

Cada profissional que se propôs a ‘vestir a camisa’ não mediu esforços e nem horas de descanso ou sono para atender aos brasileiros longe do país pelos mais variados motivos. O grupo “Psicólogos Brasileiros Online”, que surgiu no auge da pandemia no exterior, permanece unido nesse momento em que existe uma maior tranquilidade em relação à Covid-19 em muitos países. Optamos por criar uma identidade e continuar atendendo a esse público específico, colocando-nos à disposição em causas humanitárias. Independentemente de onde esses brasileiros estiverem, se houver a possibilidade de um atendimento remoto, eles não estarão sozinhos. Colocarmos no lugar do outro, oferecer o nosso melhor e manter o espírito de equipe, ajudaram a transformar esse projeto em uma realidade de tamanha dimensão. Cada escuta qualificada, cada direcionamento bem dado, cada minuto disponibilizado pelos profissionais do grupo, pode ter feito a diferença na vida dos que buscaram ajuda no projeto.

REFERÊNCIAS

- Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry* 2020; 19: 129-30.
- Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women’s mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Dec1:1–8.
- Brazilians in the Arctic: A Global Experience with Mental Health during the COVID-19 Pandemic. Disponível em: <<https://www.thearcticinstitute.org/brazilians-arctic-global-experience-mental-health-covid-19-pandemic/>>. Acesso em: 3 jul. 2021.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP11/2018 comentada orientações sobre a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologia de informação e comunicação. Disponível em <<https://e-psi.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Comentada-Documento-Final.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2021.
- Dickerson F, Schroeder J, Katsafanas E et al. Cigarette smoking by patients with serious mental illness, 1999-2016: an increasing disparity. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 147-53

- Gonçalves, Ana Lúcia; Hellebust, Celma Regina; Paula, Marcelo Neubauer de; et al. A trajetória dos “Psicólogos Brasileiros Online” no fomento à saúde mental de brasileiros fora do território nacional durante a pandemia da Covid-19. 1a edição. [s.l.]: Ana Lúcia Gonçalves, 2021.
- Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: are view. *F1000 Res.* 2020; 9:636.
- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11th Edition, 2015. Lippincott: Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Liu H, Wang L L, Zhao SJ, Kwak-Kim J, MorG, Liao AH (2020a) Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological view point. *J Reprod Immunol* 139: 103122. Epub 2020 Mar 19.
- Paterson RW et al. The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. *Brain.* 2020 Oct 1; 143(10): 3104-3120.
- Psicólogos Brasileiros Online. Botucatu, 01/06/2020. Instagram. @psicologosbrasileirosonline. Disponível em <https://www.instagram.com/psicologosbrasileirosonline/>. Acesso em 24 jun. 2021
- Psicólogos Brasileiros Online-YouTube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/channel/UCT75iQnudO4dEUVsgq5xRdQ>>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- Psicólogos Brasileiros Online. Disponível em: <https://www.facebook.com/groups/886878801762004/>. Acesso em: 24 jun. 2021
- Psicólogos Brasileiros Online -YouTube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/channel/UCT75iQnudO4dEUVsgq5xRdQ>>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- Resolução do Exercício Profissional 42020 do Conselho Federal de Psicologia BR. Disponível em: <<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M e tal. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA* 2020; 323: 2052-9.
- Talevi D e tal. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr.* 2020; 55(3): 137-144
- Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increase risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry.* 2020 Oct 7: 10.1002.
- Weinberger, AH; Kashan, RS, Shpigel D. Metal. Depression and cigarette smoking behavior: a critical review of population-based studies. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43:416-31
- WHO, 2020 .

Ajustamento Psicológico e Saúde Mental na Pandemia da Covid-19

Walter Lisboa, Daiane Nunes, Zenith Nara Costa Delabrida, André Faro

O presente capítulo aborda o ajustamento psicológico e as repercussões psicológicas frente à pandemia da Covid-19, em quatro seções. A primeira seção foi direcionada aos aspectos da saúde mental no contexto pandêmico brasileiro. Na segunda seção foram debatidos aspectos gerais relativos à percepção de medo da população e o seu papel na regulação dos comportamentos, como a adesão às medidas protetivas e às recomendações sanitárias em saúde. Em seguida, foi descrito como os diferentes níveis de medo (leve, moderado ou severo) estão associados a estados de saúde mental, a exemplo dos transtornos mentais comuns. A terceira seção buscou situar os sintomas ansiosos e depressivos no cenário da pandemia, destacando dois importantes desfechos: autolesão e suicídio. A quarta seção abordou as restrições impostas pelo cenário pandêmico, buscando compreender o papel do ambiente no processo de ajustamento psicológico dos indivíduos. Por fim, espera-se que o capítulo reforce a necessidade do cuidado e de políticas públicas em saúde mental no contexto de graves crises de saúde pública – principalmente aquelas embasadas em evidências científicas.

A pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV – 2), nomeada como Covid-19 (2019 *Coronavirus Disease*) teve seu primeiro caso detectado em solo brasileiro em fevereiro de 2020, trouxe importantes consequências que foram além da ameaça individual à saúde e da visível superlotação abrupta de hospitais e cemitérios em todo o Brasil. Principalmente nos primeiros momentos, a ameaça de um desconhecido vírus desencadeou uma epidemia de medo do contágio e da morte (sua e dos seus entes queridos), reforçada por uma inundação de informações e notícias desafiadoras. Com isso, tivemos uma preocupação com os efeitos da própria enfermidade, mas também com a saúde mental dos pacientes, familiares, profissionais de saúde e pessoas em geral.

Diante da impossibilidade de tratamento da doença e da inexistência de vacinas naquele momento, o distanciamento social e a restrição de circulação de pessoas foram propostos pelas autoridades sanitárias como as principais estratégias de combate à Covid-19 ao longo do primeiro ano da pandemia no Brasil. Isso ocorreu pelo menos nos Estados brasileiros, à despeito de não ter havido, especialmente em 2020, uma política nacional e centralizada

para o enfrentamento da pandemia. Tais estratégias, por outro lado, tiveram outras consequências que agravaram ainda mais o convívio com pandemia: confinamento, solidão, violência doméstica, desemprego, incerteza econômica, entre outros. Somado a isso, ficou mais evidente o efeito devastador de notícias falsas e teorias conspiratórias em torno da Covid-19, gerando mais medo e incerteza, principalmente nas fases iniciais da pandemia.

No momento em que esse capítulo foi escrito, julho de 2021, a pandemia completava aproximadamente um ano e meio no Brasil, com mais 180 milhões de casos e quase quatro milhões de mortos. Somente em nosso país, até então foram registrados mais de 19 milhões de casos e mais de 500 mil mortes (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021a). Com isso, a Covid-19 tornou-se o mais amplo e grave incidente em saúde no país no mundo desde a pandemia da gripe espanhola, no início do século XX. Vivemos, portanto, um momento singular, tendo alcançado mais países e gerado mais mortes que qualquer outro período da história moderna, o que tem desencadeado um mal-estar generalizado seja pela realidade vivida ou mesmo pela negação da própria crise. Experiências anteriores mostram que apesar do presente momento tecnológico e da criação de vacinas em tempo recorde, a pandemia durará ao menos 10 anos. Isso sem considerar as novas variáveis que se impuseram e desafiaram as esperanças para o término da pandemia, a exemplo da necessidade de uma distribuição ágil das vacinas, do surgimento de novas cepas supostamente mais transmissíveis ou letais e, conseqüentemente, sua respectiva proteção vacinal.

Em termos psicológicos, o enfrentamento da pandemia se apresenta como um desafio progressivo à capacidade de ajustamento psicológico frente a novas ou persistentes adversidades, o que coloca em xeque a saúde mental durante a pandemia. A saúde mental pode ser compreendida como um estado emocional de bem-estar, livre de ansiedade e de sintomas incapacitantes, aliado à capacidade de estabelecer relações e lidar com as demandas da vida. Essa definição já indica as dificuldades pelas quais as pessoas estão atravessando nesse momento.

Outro conceito que ajuda a compreender a experiência psicológica no contexto pandêmico é o ajustamento psicológico. De modo sucinto, significa conseguir lidar com o contágio (ou risco), isolamento social, incerteza, perdas de pessoas queridas e outros efeitos da pandemia e, ainda, conseguir enfrentar o estresse cumulativo decorrente do que se faz, pensa e sente frente a cada uma dessas adversidades. Ou seja, estamos diante de um cenário de

evidente sobrecarga adaptativa, que torna imperativo à Psicologia o entendimento de como as pessoas lidam com problemas desse tipo e magnitude.

O objetivo deste capítulo é apresentar e discutir o ajustamento psicológico e a saúde mental diante dos efeitos da pandemia, abordando, primeiramente, o medo e as preocupações da população frente à Covid-19. Em seguida, trataremos dos transtornos ansiosos, da depressão, dos comportamentos autolesivos e dos comportamentos suicidas, que são desfechos preocupantes, porém esperados em certa medida, dada a complexidade do enfrentamento do cenário pandêmico. Por fim, é comentada a relação entre os ambientes cotidianos e a sua importância na regulação emocional em tempos de pandemia, uma vez que o ajustamento psicológico não decorre exclusivamente da dinâmica mental, mas sofre influência do contexto em que a pessoa está inserida (ou se insere) em seu(s) espaço(s).

Saúde mental e a pandemia no Brasil

No contexto da pandemia, o Brasil, por conta de suas características sociais e demográficas, vive uma situação peculiar. O novo coronavírus permaneceu circulando em grandes centros urbanos ao longo de 2020, ao mesmo tempo que avançou para zonas rurais e municípios do interior do país, continuando a vitimar pessoas em 2021. As políticas de isolamento e combate à pandemia, com pouca adesão de alguns líderes políticos e parte da população, aliado ao acesso desigual aos testes diagnósticos e tratamentos, dificultaram o mapeamento e controle da pandemia.

A pandemia expôs muitas fragilidades estruturais históricas do sistema de saúde brasileiro, em especial a distribuição desigual de profissionais de saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, assim como a capacidade de produção e realização de diagnósticos (Oliveira et al., 2020). A Covid-19 desencadeou ainda grandes desafios às instituições de saúde, em particular hospitais que tiveram de reorganizar os fluxos de atendimentos, abastecer com equipamentos de proteção individual específicos, incluindo máscaras e jalecos, que chegaram a ficar escassos no mercado nacional por alguns meses (Medeiros, 2020). Por fim, houve também o agravante das dificuldades político-administrativas em desenvolver ações coordenadas entre União e Estados, que aprofundaram a já existente crise em saúde pública, tal como se observou na dificuldade para aquisição e dimensionamento de aparelhos de ventilação mecânica e de recursos humanos (Santos et al., 2021).

Frente a esse cenário, tem sido observado um importante impacto na saúde mental das pessoas, principalmente por conta dos problemas relacionados ao isolamento social, medo de contágio e da morte e problemas econômicos (Bhuiyan et al., 2020; Job et al., 2020). Tais situações tendem a desencadear surgimento ou piora de transtornos relacionados ao estresse, aumento de ideações e tentativas de suicídio, particularmente em virtude da exposição a uma grande quantidade de estressores por tempo prolongado (Rheenen et al., 2020; Sher, 2020). Elementos de estresse persistente são relativamente comuns no cotidiano de várias pessoas, mas em um contexto de pandemia, com convívio frequente a diversos estressores, desde o medo do contágio, perda de pessoas e incerteza econômica, ele pode ter efeitos ainda mais danosos no corpo e na saúde mental. Portanto, o processo prolongado de adaptação frente a manutenção de estressores promove um alto custo ao organismo como um todo, que precisa lidar com um gasto maior de energia, modificações hormonais e produção de substâncias inflamatórias, exaurindo cada vez mais os recursos adaptativos (Cruz-Pereira et al., 2020; McLachlan & Gale, 2018).

O medo na crise da COVID-19

Um importante elemento estressor da pandemia tem sido o medo – uma das emoções universais (Harper et al., 2020). Ele se caracteriza como uma resposta emocional a uma ameaça percebida ou a uma situação perigosa, sendo essencial para a sobrevivência da espécie, pois permite aos indivíduos identificar e evitar perigos que podem comprometer a sua integridade. Caracterizada por afeto altamente negativo, acompanhado por excitação fisiológica, essa emoção aparece em situações de ameaça e sinaliza a presença do perigo, preparando o organismo para escapar ou enfrentá-lo (VandenBos, 2015). Dessa forma, a percepção do medo tem função essencial para o organismo em contextos de potencial ou real ameaça, mesmo que seja uma experiência desagradável, pois se trata de uma emoção adaptativa que visa a mobilizar energias para lidar com as demandas ambientais.

O medo pode variar em termos de intensidade - de leve apreensão, ao pânico extremamente intolerável – e da natureza do objeto temido – real ou imaginário. A relação entre essas variáveis indica o quanto essa percepção e resposta ao objeto temido são funcionais ou não. Quando o medo se sobrepõe à ameaça real, gerando uma resposta exacerbada ou quando se prolonga sem razão aparente, ele deixa de ser funcional. Nesses casos, ele pode invadir

o cotidiano do indivíduo e impedir a realização de atividades diárias, tornando-se fonte de sofrimento (Mertens et al., 2020).

Níveis severos ou desadaptativos de medo são importantes indicadores de níveis de saúde geral e mental da população, pois estão associados a um maior sofrimento mental, a estratégias menos efetivas para lidar com o objeto temido e maior exposição aos riscos ambientais (Fitzpatrick et al., 2020). Uma característica única das infecções virais, como se tem visto desde o início da pandemia da Covid-19, é o medo de que elas possam se propagar em grandes faixas da população e impactar diferentes esferas da vida dos indivíduos (Ahorsu et al., 2020). Especificamente em relação à pandemia, embora o medo leve a pessoa a se envolver em comportamentos protetivos de saúde e, conseqüentemente, maior aceitação de restrições pessoais impostas pelas recomendações sanitárias (Wise et al. 2020), a percepção de maior gravidade do vírus também está associada a piores índices de saúde mental (Li et al. 2020).

O potencial para o medo público generalizado causado por infecções virais pandêmicas pode levar a níveis significativos de sofrimento mental no nível da população, comprometendo o enfrentamento da situação de ameaça (Harper et al., 2020). Níveis elevados e disfuncionais de medo tendem a induzir reações extremadas e que sobrepõem um processo avaliativo mais consciente de como lidar com o objeto temido. Tais níveis prejudicam a percepção lógica dos indivíduos, afetando o modo como reagem à doença, expondo-os ainda mais ao risco de infecção e mau prognóstico (Ahorsu et al., 2020). O medo excessivo da Covid-19, por exemplo, foi associado a casos de suicídio na Índia (Goyal et al., 2020) e em Bangladesh (Mamun & Griffiths, 2020). Por outro lado, há também evidências de que o medo, quando manejável e em níveis funcionais, está relacionado à adoção de comportamentos de higiene e adesão ao distanciamento social (Harper et al., 2020) e ao uso de máscara em locais públicos, bem como a menores níveis de adoecimento mental (Huynh, 2020). Dessa forma, o que precisa ser analisado para entender a saúde mental durante a pandemia não é somente a presença do medo, mas a forma como ele se apresenta e é interpretado.

Uma análise conceitual propôs quatro domínios de medo durante a pandemia de Covid-19. O primeiro domínio está relacionado ao medo pela integridade física do próprio corpo que é vulnerável ao vírus e medo das respostas fisiológicas desencadeadas por diversos agentes externos que podem sinalizar infecção. Em outras palavras, refere-se à percepção de vulnerabili-

dade física, em que o corpo é uma fonte potencial de perigo e, por vezes, não pode ser confiável. No contexto da pandemia, esse medo se manifesta de diferentes maneiras, a exemplo da hipervigilância desencadeada diante de quaisquer mudanças corporais que possam sugerir a infecção pelo novo coronavírus. O segundo domínio do medo está relacionado ao paradoxo imposto pela pandemia: em virtude da dificuldade de identificar pessoas contaminadas, figuras afetivas significativas, assim como todas as outras pessoas ao seu redor, passam a ser ameaças à saúde do indivíduo, devendo manter a distância física. Ao mesmo tempo, esse indivíduo também se percebe como potencialmente perigoso para seus entes queridos e até mesmo responsável se eles forem infectados. Essa compreensão denota mudanças profundas na forma como as pessoas se relacionam umas com as outras, afastando protetivamente de pessoas queridas com as quais mantêm laços afetivos mais fortes (Schimmenti et al., 2020).

O terceiro domínio do medo da Covid-19 compreende uma dimensão cognitiva de controle da situação a partir da tomada de conhecimento acerca do fenômeno. Nesse sentido, o medo se expressa pela dualidade entre manter-se informado ou não sobre o conhecimento produzido acerca do novo coronavírus. Algumas pessoas se sentem mais seguras tendo conhecimento sobre a doença, o que permite adotar medidas de segurança com base em fontes confiáveis, outras não. Em relação ao medo da Covid-19, tem-se observado uma rápida alternância entre a necessidade de saber (medo de não saber) e a necessidade de não saber (medo de saber). Tal alternância, provavelmente, interfere na tomada de decisão e os extremos são igualmente nocivos. Se por um lado, a busca constante por informações pode aumentar a ansiedade e o distresse, por outro lado, a evitação de conhecimento (medo de saber) pode levar à negligência de informações importantes. O resultado pode ser uma inação paralisante ou mesmo a adoção de comportamento de risco (Schimmenti et al., 2020).

O quarto e último domínio do medo da Covid-19 está relacionada à dimensão comportamental que envolve as reações ao objeto temido, demonstrando como o medo da pandemia pode explicar o comportamento das pessoas. Para algumas delas, particularmente aquelas que se sentem mais vulneráveis, o medo de agir pode se manifestar em dúvidas obsessivas sobre fazer coisas simples, como comprar mantimentos. Por outro lado, pessoas que têm uma forte necessidade de agir diante de uma ameaça podem ter medo de ser passivas ou de serem percebidas como tal, o que também pode

apresentar como comportamento de risco durante a pandemia, expondo-se excessivamente (Schimmenti et al., 2020). Essa categorização em quatro domínios permite compreender a complexidade da percepção e experiência do medo durante a pandemia, assim como entender suas implicações comportamentais e na saúde física e mental da população. Além disso, o presente modelo possibilita a elaboração de procedimentos que podem ser integrados em intervenções para melhor manejo do medo, visto que tais dimensões aqui apresentadas demonstram como o medo da pandemia pode ser manifestado e como pode impactar o comportamento das pessoas.

Em vista disso, avaliar o medo das pessoas no contexto da pandemia é um relevante indicador e determinante de níveis de adesão às medidas protetivas, níveis de saúde geral e mental da população. A avaliação do medo da Covid-19 também possibilita a identificação de grupos mais vulneráveis e que apresentam menor adesão às recomendações de proteção, bem como pode fomentar a elaboração de estratégias de manejo do medo mais efetivas em diferentes grupos. Isto é, a forma como as pessoas percebem e lidam com o medo não é só um importante preditor de comportamentos em saúde e de identificação de vulnerabilidades para o adoecimento físico e mental; é também uma possibilidade de avaliar o ajustamento psicológico positivo frente à situação adversa.

Para avaliação do medo da Covid-19, em março de 2020 foi desenvolvida a *Fear of Covid-19 Scale* – FCV-19S (Ahorsu et al., 2020), denominada no Brasil como Escala de Medo da Covid-19 – EMC-19 (Faro et al., 2020). O instrumento tem apresentado boa qualidade psicométrica, demonstrando ser uma medida robusta e com potencial para comparações de achados entre diferentes realidades da pandemia. A EMC-19 tem sido amplamente utilizada no mundo para avaliar o medo das pessoas frente à Covid-19, tendo sido adaptada e validada em diversos países, a exemplo da Grécia (Tsipropoulou et al., 2020), Israel (Bitan et al., 2020), Itália (Soraci et al., 2020), Bangladesh (Sakib et al., 2020), Turquia (Satici et al., 2020) e Brasil (Faro et al., 2020). Nesse último, os autores propõem a estratificação do medo nos níveis leve, moderado e severo. Com isso, torna-se possível identificar vulnerabilidades por nível de severidade do medo e pensar estratégias mais eficientes e direcionadas para um melhor enfrentamento da pandemia.

Uma metanálise conduzida a respeito do medo da Covid-19, a partir de dados obtidos da EMC-19, demonstrou que o medo da doença esteve associado a uma ampla gama de problemas de saúde mental (Şimşir et al., 2021).

Os resultados indicaram forte correlação com a ansiedade, o estresse traumático e o distresse, além de correlação moderada com o estresse, a depressão e a insônia. Outra revisão sistemática com metanálise objetivou estimar a média agrupada de medo de Covid-19 (Luo et al., 2021) e constatou que os participantes dos estudos revisados obtiveram 41% da pontuação total da EMC-19. As mulheres apresentaram níveis mais elevados de medo da doença, em comparação aos homens. Além disso, os maiores e menores escores de medo ocorreram em estudos conduzidos na Ásia e na Austrália, respectivamente (Luo et al., 2021). Assim, tem-se observado níveis elevados de medo da Covid-19 em todo o mundo, com associação a uma ampla gama de problemas de saúde mental na população em geral, denotando a urgência de considerá-lo nas ações em saúde dirigidas às repercussões negativas da pandemia.

Níveis moderados e adaptativos de medo, ou seja, quando condizem com a ameaça real ou potencial, podem ter um impacto positivo e motivar comportamentos saudáveis durante o surto da doença. Por outro lado, níveis severos de medo estão associados a níveis de sofrimento mental, expondo os indivíduos ao risco maior de se engajarem em comportamentos desadaptativos frente à pandemia (citação). Logo, entender o medo da Covid-19 (somado à identificação do nível de severidade) pode contribuir com a comunidade científica, profissionais de saúde e autoridades políticas a conduzirem estratégias mais assertivas para mobilizar a adesão da população geral às recomendações sanitárias em saúde e na minimização dos impactos psicológicos provocados pela pandemia.

Ansiedade, depressão, autolesão e suicídio

A ansiedade tem sido outra emoção marcante durante a pandemia. Ela pode ser caracterizada pela apreensão e sintomas somáticos, na qual o indivíduo antecipa perigos, catástrofes e infortúnios. No entanto, ela se difere do medo por ser direcionada ao futuro, para uma ameaça difusa, ao passo em que o medo é uma resposta orientada para um objeto (ou evento) identificável, real ou imaginário. Assim como o medo, a ansiedade tem um importante papel adaptativo. Entretanto, se ela se torna um estado emocional central da pessoa, com preocupação e apreensão excessiva, pode trazer prejuízos à saúde mental (VanDenbos, 2015).

Com a Covid-19, tem-se observado um aumento de estados ansiosos na população. Uma metanálise apontou uma prevalência de ansiedade de 30% na Ásia e 23% na Europa, incluindo sintomas psicóticos, ansiosos,

estresse traumático, ideação suicida e ataques de pânico. O estudo aponta que tais manifestações são mais significativas em populações com condições de saúde mais precárias, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Dentre os motivos para isso estão problemas econômicos e sociais que dificultam ainda mais o convívio com a pandemia e aumentam a vulnerabilidade aos efeitos psicológicos (Salari, 2020).

No Brasil, antes da pandemia, a prevalência de transtornos de ansiedade no Brasil estava em cerca de 27%, afetando mais mulheres do que homens (Costa et al., 2019). Um levantamento com cerca de 45 mil respondentes durante o período pandêmico indica que mais de 40% dos brasileiros têm se sentido frequentemente ansiosos, estando esses sintomas mais associados em mulheres e jovens (Barros et al, 2020), o que corrobora uma tendência observada em metanálise de estudos realizados durante a pandemia (Santa-Bárbara, 2020). Essa metanálise aponta que, de maneira geral, em relação a períodos anteriores à pandemia, tem sido documentado cerca de três vezes mais ocorrências de problemas de ansiedade na população, principalmente nas fases inicial e de pico de casos de Covid-19. Observou-se esse aumento principalmente em mulheres – assim como observado sobre o medo –, com explicações hormonais, fisiológicas e sociais, visto que elas em geral são as principais cuidadoras das famílias, estando mais vulneráveis ao aumento de tarefas, após fechamento de escolas e serviços que geravam mais comodidade. Quanto aos jovens, dentre as principais explicações para maior prevalência de ansiedade estão a incerteza com o trabalho, carreira e finanças.

Outro importante problema psicológico agravado pela pandemia são os quadros depressivos. Eles se caracterizam pelo humor triste, pessimismo e desânimo com alterações cognitivas, físicas e sociais que interferem significativamente no cotidiano da pessoa. Incluem ainda alterações na alimentação, no sono, na energia e motivação, concentração e tomadas de decisões (VandenBos, 2015). Uma metanálise que comparou a prevalência de depressão na pandemia com estimativas globais de 2017 observou um aumento de até sete vezes, sugerindo um significativo impacto psicológico da Covid-19 (Bueno-Notivol et al., 2021). Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, também comparou períodos anterior e durante a pandemia, observando aumento na prevalência de depressão, com forte correlação com rendas mais baixas (Ettman et al., 2020), dado preocupante quando refletimos sobre a elevada desigualdade social do Brasil. Outros grupos populacionais em condições de vulnerabilidade durante a pandemia também foram as mulheres e

peças mais jovens (Barros et al, 2020; Bueno-Notivol et al., 2021; Ferreira et al., 2020), o que evidencia a necessidade de uma maior atenção à saúde mental deste público.

Relacionados à ansiedade e à depressão, dois desfechos têm despertado a atenção de pesquisadores e autoridades durante a pandemia: o suicídio e a autolesão. Com relação ao primeiro, transtornos de ansiedade e depressão são conhecidos preditores de ideação e tentativas de suicídio (Bentley et al., 2016; Ribeiro et al., 2018). O aumento de estressores pode desencadear respostas psicológicas acentuadas, como ideações e tentativas de suicídio (Chang et al., 2013; Rheenen et al., 2020), o que foi observado durante a gripe espanhola e epidemias mais recentes, como a SARS– 2002 a 2004 - e ebola –2013 a 2016 (Zortea et al., 2020). Com isso, o acompanhamento das taxas de comportamentos suicidas na pandemia da Covid-19 foi considerado como pauta urgente (Organização Panamericana de Saúde [OPAS], 2021),

De acordo com a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio (International Association for Suicide Prevention [IASP], 2021), para cada suicídio, cerca de 135 pessoas são afetadas de alguma forma ou sofrem de luto intenso, o que evidencia o amplo alcance coletivo desse fenômeno. No que diz respeito ao cenário internacional, as pesquisas não encontraram aumento significativo de comportamento suicida após um ano de pandemia (Leaune et al., 2020; Radeloff, 2021). De toda forma, os fatores de risco ao suicídio continuam crescendo ao longo da pandemia, como ansiedade, medo da infecção, violência doméstica, entre outros, exigem uma atenção contínua à questão do suicídio desde o início do Covid-19. Acresce-se a isso o fato de que as descobertas dos primeiros estudos podem mudar neste segundo ano de pandemia, tendo em vista principalmente as diferenças cronológicas do avanço da pandemia, os diferentes grupos demográficos, até mesmo dentro dos próprios países, o que pode afetar a população mundial de uma maneira muito heterogênea (Appleby, 2021; Corpuz, 2021).

No que diz respeito à autolesão, ela pode ser descrita como uma agressão sem intenção deliberadamente letal. Costuma surgir na adolescência, em ambos os sexos, sem distinção entre grupos étnicos e socioeconômicos. Trata-se de uma estratégia disfuncional recorrente de algumas pessoas para o enfrentamento de emoções aversivas como as que estamos vivendo (Nock, 2009).

São observadas mais chances de ocorrência naqueles com histórico recente de transtornos mentais como o transtorno depressivo maior ou transtorno de ansiedade generalizada (Kiekens et al., 2018). Nesse sentido, chama

atenção o aumento da incidência de transtornos mentais comuns, decorrentes da fragilização de fatores protetivos como resiliência, suporte social e acesso a informações adequadas sobre a situação (Serafini et al., 2020), o que sugere a possibilidade de aumento da ocorrência desses transtornos, de autolesão e comportamentos suicidas como consequência da experiência de vivenciar uma pandemia.

Em revisão sistemática de período anterior à Covid-19 (Swannell et al., 2014), incluindo estudos da Ásia, Oceania, Europa e América do Norte, estimou-se uma prevalência de 5,5% para adultos. Foi observada uma prevalência elevada de pensamentos e comportamentos de autolesão entre pessoas diagnosticadas com Covid-19, o que poderia indicar a doença (ou questões ligadas à ela) como um fator de risco à saúde mental (Iob et al., 2020). Outro dado preocupante diz respeito da elevada prevalência de autolesão entre jovens e adolescentes (Tang et al., 2021), que provavelmente estão lidando com a exacerbação de ansiedades típicas da faixa etária e precisam lidar com cumulativos estressores, o que pode ampliar o risco de se machucar intencionalmente (Hasking et al., 2021; Tang et al., 2021).

A ansiedade, em associação ao medo e outros estressores pode levar ao esgotamento dos recursos adaptativos, facilitando a presença de sentimentos de desespero, desamparo e desesperança. Situações assim tendem a levar indivíduos já vulnerabilizados a comportamentos disfuncionais como os relacionados ao suicídio e autolesões na tentativa de alívio emocional. Por essa razão, a atenção das autoridades e pesquisadores a esses fenômenos devem continuar mesmo após a diminuição dos casos, internações e mortes por Covid-19, visto que os fatores estressores sociais, econômicos e decorrentes das inúmeras perdas ainda continuarão após o período pandêmico.

Regulação emocional e ambiente na pandemia

Outro impacto considerável da pandemia no ajustamento psicológico foi a limitação nas possibilidades de regulação emocional através da livre circulação entre os mais diversos ambientes. O isolamento social como estratégia não-farmacológica alterou as rotinas em um contexto no qual a ação já estava modificada pelo medo de contrair a Covid-19 (Honey-Roses et al., 2020). Ao mesmo tempo em que não traz alívio imediato ao medo, a medida gera um desconforto prolongado, já que a contenção da pandemia leva em consideração dados epidemiológicos, a despeito da experiência individual e coletiva do seu impacto no bem-estar.

No que diz respeito às experiências pessoais em uma situação pandêmica, há demanda por uma grande capacidade de análise dos riscos, de adaptação às novas situações e de regulação emocional (Cardoso et al., 2020; Restubog et al., 2020). A análise de risco depende de quanta informação se recebe para embasar a tomada de decisão a fim de se adaptar à situação. Nesse processo, a qualidade da informação recebida faz diferença na tomada de decisão (Mendonça, 2021), bem como as estratégias que são utilizadas para definir que informação será levada em consideração (Aragónés & Sevillano, 2020; Santos & Santos, 2021). Por se tratar de um momento novo e dinâmico no qual o conhecimento compartilhado é produzido à medida que a ciência avança (Cardoso et al., 2020) e entremeado de notícias alarmantes ou falsas (Hartley & Vu, 2020), essa análise é feita em meio à incerteza.

Se por um lado, a dificuldade em gerenciar as informações para agir pode levar a emoções e sentimentos negativos, por outro, a partir das decisões tomadas novas situações são criadas, exigindo um novo processo de adaptação. Esse contexto exige comportamentos específicos para lidar com o isolamento social e a proteção individual, o que provoca um grande impacto, tanto naqueles que podem fazer o isolamento social quanto naqueles que não podem. A análise de risco, sua consequente tomada de decisão e seguida adaptação com gestão individual e coletiva da pandemia pode gerar impactos emocionais importantes, de maneira que se torna fundamental o gerenciamento das emoções e sentimentos para a promoção da saúde mental. Assim, a regulação emocional mostra-se fundamental para a tomada de boas decisões e promover as adaptações necessárias para se lidar com a pandemia de forma saudável (Leitão, 2020).

A regulação emocional é compreendida como o conjunto de processos que envolvem a capacidade do indivíduo de influenciar a intensidade e o convívio com as emoções. É considerada uma estratégia de proteção para problemas de saúde mental sendo categorizada como *coping* (Carosella, 2021; Diamantino, 2014). Um recurso que interfere nos processos de regulação emocional são os ambientes (Richardson, 2019; Rogan et al., 2005) e, à despeito da ação devastadora da pandemia, esse momento tem permitido que se entenda melhor a relação pessoa-ambiente e a saúde mental. A necessidade do isolamento social promoveu não apenas o distanciamento das pessoas, mas também a alteração dos ambientes frequentados e das atividades ali desenvolvidas. Assim, a relação das pessoas com seu entorno ganhou outra dimensão quando o acesso passou a ser restrito. Ao mesmo tempo,

alguns ambientes passaram a ter seu acesso proibido ou restringido, sendo frequentados por um número reduzido de pessoas, ao passo em que outros tenderam a acumular atividades que eram distribuídas previamente em diferentes locais, como ocorreu em muitas residências ao absorver, além das atividades domésticas, atividades de lazer, trabalho e estudos.

A classificação de risco tem sido feita a partir de três critérios para avaliar o grau potencial de contaminação desses locais: número de pessoas que podem estar com a doença no local, nível de aglomeração esperada para o ambiente, nível de interação direta e indireta proporcionada pelo local (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020).

Dentre os ambientes públicos e semipúblicos (ambientes com função pública, mas de gestão privada), foram considerados os locais de maior chance de contaminação aqueles dedicados ao cuidado e tratamento de pessoas contaminadas por Covid-19 como os hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS). O segundo tipo de ambiente com mais riscos é aquele que permite aglomeração como transporte público, cinemas, teatros, casas de shows, academias. Finalmente, ambientes como as feiras livres, que permitem interação direta entre as pessoas no processo de negociação das vendas, e ambientes como supermercados e academias, que permitem uma interação indireta no manuseio dos produtos e aparelhos, respectivamente, e que podem ter sido contaminados previamente por um consumidor ou usuário com a Covid-19.

Ambiente é aqui entendido como aqueles espaços físicos que fazem parte do dia a dia de cada indivíduo. Esses espaços podem ser classificados em três níveis função da proximidade com a vida das pessoas. Considera-se que os espaços físicos mais próximos são os territórios primários onde a vida acontece no ângulo mais imediato da pessoa, como a sua residência. O local de trabalho ou de estudo é considerado um território secundário, onde se passa menos tempo que no território primário e é maior que nos territórios públicos ou terciários, que são espaços partilhados socialmente (Aragonés & Sevillano, 2020).

Na nova dinâmica imposta pela pandemia, tanto as pessoas que puderam trabalhar em casa quanto àquelas que tiveram que continuar se deslocando ao trabalho tiveram sua vivência com o ambiente afetadas pela pandemia. Para quem pôde fazer o isolamento social e aderir ao trabalho remoto residencial, houve uma sobreposição dos territórios primários e secundários para: a residência – território primário – passou a acolher as atividades do local de trabalho – território secundário –, alterando a privacidade das ati-

vidades laborais e da vida privada. A sobrecarga do ambiente primário, em função do acúmulo das atividades do ambiente secundário, evidenciou a necessidade da diferenciação dos espaços e sua importância para a realização das muitas atividades cotidianas (Santos & Santos, 2021)

Por outro lado, para quem não pôde ficar em isolamento, o ambiente secundário e público passou a ser fonte de medo e insegurança, exigir constantemente novos hábitos, que envolvem o cuidado com seu corpo e a forma de se relacionar com os demais (distanciamento social). O transporte público, que é um elo entre os locais, passou a ser o segundo local de maior chance de contaminação de Covid-19, perdendo apenas para os hospitais, impactando diretamente quem não pode ficar em casa (Camargo & Elias, 2020). Para essa parcela da população, além de gerenciar os efeitos da pandemia no seu ambiente primário, também tem sido necessário gerenciá-lo no ambiente público (transporte) e no seu ambiente laboral, seu território secundário. Ressalta-se que um ambiente é público ou semipúblico para seus frequentadores, mas é um ambiente secundário para quem desenvolve suas atividades laborais ali, exigindo que essa pessoa permaneça nesse espaço várias horas, o que aumenta as chances de contaminação. Portanto, apenas analisando a dinâmica da exposição aos espaços, alguns grupos populacionais ficaram mais expostos à Covid-19 que outros e tiveram uma sobrecarga de gerenciamento dos seus impactos (Tabela 1).

Tabela 1 - *Impactos na relação com ambiente em decorrência da pandemia*

	Quem pôde fazer isolamento	Quem não pôde fazer isolamento
<i>Residência</i> (Território primário)	Integração das atividades domésticas e de trabalho com impacto direto na privacidade e na gestão dos espaços	Permanece dissociado do ambiente de trabalho
<i>Trabalho</i> (Território secundário)		Passa a ser ambiente de insegurança e medo de contágio
<i>Espaços públicos</i> (Território terciário)	Ambiente evitado, frequentado apenas para necessidades básicas. Passa a ser fonte de insegurança e medo de contágio	Continua sendo frequentado diariamente para manter o acesso ao trabalho, mas passa a ser ambiente de insegurança e medo de contágio

Portanto, as modificações na relação pessoa-ambiente não ocorreram uniformemente para todos os grupos sociais durante a pandemia. Para quem tem condições de ficar em casa durante a pandemia teve que lidar com desafios na dissociação das atividades de trabalho, lazer e tarefas domésticas. Quem teve que continuar se deslocando, apesar de manter a dissociação entre os espaços primários e secundário, passou lidar com um ambiente de trabalho e com o ambiente público cercados pelo medo de contágio. Os dois grupos sociais, por sua vez, tiveram o acesso aos ambientes públicos restrigidos e regulados. Os locais do cotidiano deixaram de ser um elemento despercebido, como se fosse apenas o cenário para as ações, e passaram a ganhar visibilidade e o reconhecimento de sua importância para o desempenho das atividades cotidianas (Aragonés & Sevillano, 2020; Santos & Santos, 2021).

Essa notoriedade que a relação pessoa-ambiente ganhou deve ser diferenciada em dois momentos. Em um primeiro momento, por conta da forma como o vírus contaminou a população, e em um segundo momento, por conta das estratégias descritas de contenção da dispersão do vírus. A contaminação parece ter relação direta com o modo como nos relacionamos com o ambiente natural e com a fauna e flora que formam esse ambiente. A pandemia suscitou a discussão sobre o papel do ambiente tanto no âmbito individual quanto no coletivo (Aragonés & Sevillano, 2020; Santos e Santos, 2021), A maneira como lidamos com o ambiente natural, como humanidade, tem implicações na saúde coletiva. O modo como lidamos com ambiente urbano tem impacto na saúde individual. Ambos os processos culminam na necessidade de um novo entendimento da relação pessoa-ambiente (Aragonés & Sevillano, 2020; Santos & Santos, 2021).

Neste capítulo, destaca-se que, da mesma forma que os diferentes ambientes regulam nossas atividades, eles auxiliam na regulação emocional. Ao longo das jornadas diárias, frequenta-se diferentes ambientes, que na sua dinâmica ecológica, provocam diferentes emoções, contribuindo, ainda, para sua regulação. O ambiente físico tende a manter estabilidade nas suas características e essa permanência pode auxiliar na regulação emocional. Por outro lado, a privação de acesso aos ambientes pode, inversamente, diminuir os recursos individuais e coletivos de regulação emocional favorecendo a diminuição da saúde mental (Rogan et al., 2005).

O Brasil possui grande diversidade de ambientes residenciais (Santos, 2020) e, conseqüentemente, de condições para lidar com a pandemia. Quanto menor é o poder aquisitivo, maior é o efeito de apinhamento, ou

seja, maior é o número de pessoas vivendo no mesmo espaço dificultando a adoção do isolamento social (De France & Evans, 2020). O apinhamento também ocorre naqueles ambientes públicos e semipúblicos com grande circulação de pessoas. O poder aquisitivo é uma variável que permite com maior facilidade regular o seu grau de exposição às demais pessoas. Um exemplo é a forma de locomoção utilizada, que tem sido uma forma de demonstração de poder aquisitivo, por exemplo, deixando o transporte público para aqueles com menor poder aquisitivo.

O conceito de apinhamento faz parte de um conjunto teórico que tem como conceito estrutural a privacidade (Aragonés & Sevillano, 2020), definida como o controle de acesso a si, seja ao próprio corpo, seja às próprias ideias. A privacidade obtida é atingida a partir do resultado da privacidade ideal e a privacidade real. A noção clássica da regulação da privacidade utiliza os recursos verbais, a linguagem e os recursos não-verbais, o ambiente físico (Altman, 1975; Aragonés & Sevillano, 2020). Neste contexto de pandemia, a privacidade passou a ser um elemento de fundamental importância bem como as características do ambiente tanto no qual a pessoa está vivendo, quanto no qual ela está desenvolvendo suas atividades. Durante os períodos em que o isolamento social tem sido exigido, é atribuído a cada indivíduo regular o seu distanciamento social. Nesse caso, essa regulação envolve uma dinâmica entre o papel que o indivíduo desempenha e o papel que os demais desempenham (Aragonés & Sevillano, 2020; Santos & Santos, 2021)

O processo de regulação da privacidade envolve também um processo de regulação emocional, já que toda interação social é moldada pelas emoções. Uma boa regulação emocional permite à pessoa gerenciar o efeito das emoções e sentimentos. Em um contexto de pandemia, tem-se variáveis sobrepostas: o medo da contaminação e as emoções e sentimentos que são naturalmente provocadas nas interações sociais. A rede social, por sua vez, tem um duplo efeito. Por um lado, pode ser um suporte em um momento de medidas de distanciamento social, mas por outro o contato frequente com outras pessoas pode aumentar da transmissibilidade da Covid-19 (Evans & Lepore, 2008; Moscon et al., 2021). Dessa forma, a regulação da privacidade é um elemento que deve ser considerado neste cuidado. Considera-se para isso a qualidade do ambiente físico que os indivíduos estão expostos bem como o grau de habilidade social dos mesmos (Evans & Lepore, 2008; Moscon et al., 2021). Em uma situação de

pandemia, a regulação da privacidade deve levar em consideração tanto a privacidade desejada individualmente, quanto a privacidade necessária para o gerenciamento da crise de saúde pública.

A busca por esse equilíbrio, todavia, tem um impacto na saúde mental. A exposição a períodos mais longos de distanciamento social está associada a sintomas psiquiátricos mais severos (Goularte et al., 2021). Por exemplo, a solidão, que já era considerada uma epidemia comportamental, foi agravada com as medidas não farmacológicas de contenção da pandemia (Hwang et al., 2020). Deve-se considerar também os efeitos econômicos associados ao isolamento social. A perda de interação social, de renda e de rotina pode, igualmente, levar a prejuízos psicológicos e emocionais como perda de motivação e de significado, além de impactar a autoestima, tendo como grupo mais atingido aquele com maior vulnerabilidade socioeconômica (Williams et al., 2020). Aqueles de baixa renda que ficaram em casa durante a pandemia com crisetêm referido mais conflitos interpessoais, ao passo em que aqueles de alta renda associaram o momento a mais situações de conforto e segurança. Além disso, o tamanho da casa influencia no bem-estar e na possibilidade de se ter ambientes restauradores como varandas, quintais, jardins dentre outras possibilidades que permitem um maior contato com o ambiente natural (Ferreira et al., 2020).

A pandemia não está destacando apenas o papel da relação pessoa-ambiente, mas também a importância para a saúde pública de aspectos não usuais da saúde mental, bem como a importância da resposta da sociedade a esse desafio (Ferreira et al., 2020; Williams et al., 2020). Deve-se pensar sobre como a vida será retomada e quais impactos a pandemia trará de médio e longo prazo. Focar no ambiente pode auxiliar a repensar adocimentos prévios à pandemia com um novo olhar e promover a saúde mental através de estratégias ambientais. Sugere-se utilizar o conhecimento a respeito da capacidade de regulação emocional e regulação da privacidade para impactar o planejamento, construção e gestão de ambientes, sejam esses ambientes residenciais ou ambientes laborais, locais onde se passa a maior parte do tempo de nossas vidas; sem se esquecer dos ambientes públicos, igualmente importantes no processo de regulação emocional. Como a literatura já identificou, deve-se aumentar a capacidade de atuação do indivíduo em seu contexto, incluindo a gestão do(s) ambiente(s) onde está inserido, aumentar sua capacidade para gerenciar as interações interpessoais, suas emoções e sua privacidade (Evans & Lepore, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicologia da Saúde se propõe a compreender e a atuar nos aspectos psicológicos e comportamentais relacionados à saúde e ao adoecimento físico e mental. Em situações pandêmicas, tal como o momento atual de surto da Covid-19, busca investigar e desenvolver estratégias de intervenção sobre as repercussões psicológicas provocadas pelo contexto ameaçador. Seu principal desafio está em entender a complexidade e a característica da pandemia como um evento “quase único” na história da saúde pública mundial e ao mesmo tempo atuar de forma estratégica na redução de seus impactos negativos já instalados e na prevenção de seus efeitos secundários, colaterais e futuros. Pensando nisso, o presente capítulo buscou abordar o ajustamento psicológico e as repercussões psicológicas frente à pandemia da Covid-19, a fim de reforçar a necessidade do cuidado e da urgência no desenvolvimento de ações voltadas para a saúde mental no contexto da pandemia, principalmente aquelas embasadas em evidências e sustentadas pela ciência.

Face ao conhecimento obtido com a síntese de trabalhos reunidos neste capítulo, após mais de um ano de pandemia, em meados de 2021, há evidências do esgotamento de recursos individuais para lidar com as demandas impostas pelo cenário de incertezas e de sobrecarga em esferas individuais, interpessoais, profissionais, entre outras. Esse contexto demanda da Psicologia da Saúde um olhar atento para as implicações e possibilidades de acentuado e crescente sofrimento mental vivenciado pela população. Nesse sentido, uma atuação baseada em evidências científicas se torna primordial, a fim de que sejam desenvolvidas ações em saúde mais consistentes e que busquem dirimir os impactos psicológicos atuais em curso e atuar na prevenção das futuras sequelas da pandemia.

Reforça-se a necessidade de pensar a saúde em seu caráter integral, buscando incluir políticas públicas de saúde mental às estratégias de resposta a pandemia, durante e após o evento. É preciso reconhecer e atribuir o papel de protagonismo também aos profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras nas equipes de planejamento e gestão de emergências. É evidente também que se torna pertinente que esses profissionais assumam esse lugar de atuação na linha de frente, mantendo o compromisso de abranger áreas relevantes para a saúde mental individual e coletiva da população, a exemplo do desenvolvimento de protocolos de atendimento, como os utilizados em situações de desastre. Reforça-se, também, a necessidade de se

levar em consideração o ambiente como parte do entendimento das variáveis promotoras de saúde mental, face a seu papel na regulação emocional. As medidas não farmacológicas focando no distanciamento social provocaram impactos positivos na redução da contaminação pelo vírus Sars-Cov-2, mas promoveram o isolamento social por meio da restrição da mobilidade e a concentração das atividades em um local específico. Estudos devem ser desenvolvidos para possibilitar intervenções que promovam enriquecimento do ambiente na promoção de bem-estar e o desenvolvimento de uma compreensão mais complexa do papel da relação pessoa-ambiente na promoção da saúde individual e coletiva.

Espera-se, enfim, que as ponderações aqui realizadas possam contribuir com a discussão a respeito do ajustamento psicológico e saúde mental na pandemia de Covid-19, considerando a complexidade dos estressores aos qual a população está exposta nesse cenário de ameaça à saúde e quais são os possíveis recursos psicológicos disponíveis. Assim, não se pode deixar de demarcar a urgência do aumento do investimento em pesquisas e ações estratégicas para a saúde mental da população, bem como o aprimoramento e expansão dos dispositivos já existentes; desafios atuais e que devem permanecer como agenda para um desejado futuro pós-pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of Covid-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Altman, I. (1975). *The environment and social behavior: Privacy, personal space, territory, and crowding*. Brooks/Cole.
- Appleby, L. (2021). What has been the effect of Covid-19 on suicide rates? *BMJ*, 372(834). <https://doi.org/10.1136/bmj.n834>
- Aragonés, J. I. e Sevillano, V. (2020). Un Enfoque Psicoambiental del Confinamiento a causa del Covid-19. Em: Moya, M., Willis, G., Paez, D., Pérez, J., Gómez, Á., Sabucedo, J., Salanova, M. (orgs.) *La Psicología Social ante el Covid19: Monográfico del International Journal of Social Psychologia (Revista de Psicología Social)*. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fdn32>
- Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. de, Romero, D., Souza Júnior, P. R. B. de, Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. de O., Silva, D. R. P. da, Pina, M. de F. de, & Gracie, R. (2020). Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiologia e Serviços*

- de Saude: Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 29(4), e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- Bhuiyan, A. K. M. I., Sakib, N., Pakpour, A. H., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2020). Covid-19-Related Suicides in Bangladesh Due to Lockdown and Economic Factors: Case Study Evidence from Media Reports. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00307-y>
- Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of Covid-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabábara, J. (2021). Prevalence of depression during the Covid-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Camargo, E.B. e Elias, F.T.S (2020). *Nota rápida de evidência: o papel dos transportes públicos na transmissão de COVID-19*. Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43142>
- Carosella, K. A., Wiglesworth, A., Silamongkol, T., Tavares, N., Falke, C. A., Fiecas, M. B., Cullen, K. R. & Klimes-Dougan, B. (2021). Non-suicidal self-injury in the context of Covid-19: The importance of psychosocial factors for female adolescents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100137.
- Cardoso, P. V., da Silva Seabra, V., Bastos, I. B., & Costa, E. D. C. P. (2020). A importância da análise espacial para tomada de decisão: Um olhar sobre a pandemia de Covid-19. *Revista Tamoios*, 16(1). <https://doi.org/10.12957/tamoios.2020.50440>
- Corpuz J. (2021). Covid-19 and suicide: When crises collide. *Journal of Public Health*, 1-5. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab115>
- Costa, C. O. da, Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. de M., & Silva, R. A. da. (2019). Prevalence of anxiety and associated factors in adults. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 92–100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>
- Cruz-Pereira, J. S., Rea, K., Nolan, Y. M., O’Leary, O. F., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2020). Depression’s unholy trinity: Dysregulated stress, immunity, and the microbiome. *Annual Review of Psychology*, 71, 49–78. <https://doi.org/10.1146/annurevpsych-122216-011613>
- De France, K., & Evans, G. W. (2020). Expanding context in the role of emotion regulation in mental health: How socioeconomic status (SES) and developmental stage matter. *Emotion -Advance Online Publication*. <https://doi.org/10.1037/emo0000743>
- Diamantino, R.M. (2014). Atenção à saúde e regulação emocional: *Um estudo sobre trabalho emocional no atendimento aos usuários*[Tese de doutorado] Instituto de Psicologia, UFBA.

- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults Before and during the Covid-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Evans, G. W., & Lepore, S. J. (2008). Psychosocial processes linking the environment and mental health. In H. Freeman & S. Stansfeld (Eds.), *The impact of the environment on psychiatric disorder* (p. 127–157). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (2020, 14 de maio). *Saiba onde o risco de contágio do coronavírus é maior*. Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. <https://www.medicina.ufmg.br/saiba-onde-o-risco-de-contagio-do-coronavirus-e-maior/>
- Faro, A., dos Santos Silva, L., dos Santos, D. N., & Feitosa, A. L. B. (2020). Adaptação e validação da Escala de Medo da Covid-19 [Adaptation and validation of the Fear of Covid-19 Scale]. *SciELO Preprints*, 10. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.898>
- Ferreira, K. P. M., Melo, C. D. F., Delabrida, Z. N. C., Costa, I. M., Moura, R. D. A., Oliveira, M. D., & Bessa, R. B. D. H. (2020). Social distancing and environmental stressors in homes during times of Covid-19: An Environmental Psychology perspective. *Estudos de Psicologia* (Natal), 25(2), 210-221. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200021>
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of Covid-19 and the mental health consequences in America. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 17-22. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000924>
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., & Rosa, A. R. (2021). Covid-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132(2021), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>
- Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of Covid 2019: First suicidal case in India!. *Asian Journal of Psychiatry*, 49, 101989. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the Covid-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Hartley, K., & Vu, M. K. (2020). Fighting fake news in the Covid-19 era: Policy insights from an equilibrium model. *Policy Sciences*, 53(4), 735–758. <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09405-z>
- Hasking, P., Lewis, S. P., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, M., & Robinson, K. (2021). Impact of the Covid-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources. *School Psychology International*, 42(1), 57–78. <https://doi.org/10.1177/0143034320974414>
- Honey-Roses, J., Anguelovski, I., Bohigas, J., Chireh, V., Daher, C., Konijnendijk, C., & LittVrushti, J. (23 de abril de 2020). The Impact of Covid-19 on Public Space: A Review of the Emerging Questions. *OSF Preprints*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/rf7xa>

- Huynh, T. D. (2020). The more I fear about Covid-19, the more I wear medical masks: A survey on risk perception and medical masks uses. *MedRxiv Preprints*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.26.20044388>
- Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the Covid-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, *32*(10), 1217-1220.
- International Association for Suicide Prevention [IASP]. (2021). *World Suicide Prevention Day*. International Association for Suicide Prevention <https://www.iasp.info/wspd2019/>
- Iob, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the Covid-19 pandemic. *British Journal of Psychiatry*, *217*(4), 543–546. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.130>
- Kiekens, G., Hasking, P., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Boyes, M., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: Prevalence and associations with 12-month mental disorders and suicidal thoughts and behaviors. *Depression and Anxiety*, *35*(7), 629–637. <https://doi.org/10.1002/da.22754>
- Leaune, E., Samuel, M., Oh, H., Poulet, E., & Brunelin, J. (2020). Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the Covid-19 pandemic: A systematic rapid review. *Preventive Medicine*, *141*, 106264. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106264>
- Leitão, A. R. F. (2020). *Regulação emocional em período de isolamento social: estudo das propriedades psicométricas da versão reduzida da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE-18) numa amostra portuguesa*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Portucalense.
- Li, J. B., Yang, A., Dou, K., & Cheung, R. Y. (2020). Self-control moderates the association between perceived severity of coronavirus disease 2019 (Covid-19) and mental health problems among the Chinese public. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(13), 4820. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2xadq>
- Luo, F., Ghanei Gheshlagh, R., Dalvand, S., Saedmoucheshi, S., & Li, Q. (2021). Systematic Review and Meta-Analysis of Fear of Covid-19. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1311. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661078>
- Mamun, M. A., & Griffiths, M. D. (2020). First Covid-19 suicide case in Bangladesh due to fear of Covid-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, <https://doi.org/102073.10.1016/j.ajp.2020.102073>
- Medeiros, E. A. S. (2020). Desafios para o enfrentamento da pandemia Covid-19 em hospitais universitários. *Revista Paulista de Pediatria*, *38*. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>
- Mendonça, A. V. M. (2021). O papel da comunicação em saúde no enfrentamento da pandemia : erros e acertos. Em: Santo, A. O.; Lopes, L. T. (org.). *Competências e regras*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 164-179. (Coleção Covid-19, v. 3). <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (Covid-19): Predictors in an online study conducted in

- March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Moscon, D. C. B., Neto, E. C., Ferreira, F. A., Lhamas, F. A. D. M. P., Souza, K. F., & Neto, G. M. (2021). Habilidades Sociais e Gestão Social: possibilidades nas áreas de pesquisa, ensino e extensão. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.9771/23172428rigs.v10i1.38092>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Oliveira, W. K. de, Duarte, E., França, G. V. A. de, & Garcia, L. P. (2020). Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 29(2), e2020044. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2017). *World Health Statistics*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2021a, 25 de julho). *Coronavirus disease (Covid-19) pandemic*. World Health Organization. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2021b, 10 de julho). *Suicide prevention*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
- Organização Panamericana de Saúde [OPAS] (2021, 10 de junho). *Covid-19 pandemic exacerbates suicide risk factors*. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/news/10-9-2020-Covid-19-pandemic-exacerbates-suicide-risk-factors>
- Pakpour, A. H., & Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, 2(1), 58–63. Recuperado de <http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561>.
- Radeloff, D., Papsdorf, R., Uhlig, K., Vasilache, A., Putnam, K., & von Klitzing, K. (2021). Trends in suicide rates during the Covid-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30(16), 1–5. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000019>
- Restubog, S. L. D., Ocampo, A. C. G., & Wang, L. (2020). Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the Covid-19 pandemic. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 103440. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103440>
- Rheenen, T. E. van, Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., & Rossell, S. L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the Covid-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of Affective Disorders*, 275, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.037>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279–286. <https://doi.org/10.1192/bjpp.2018.27>
- Richardson, M. (2019). Beyond restoration: considering emotion regulation in natural well-being. *Ecopsychology*, 11(2), 123–129. <https://doi.org/10.1089/eco.2019.0012>

- Rogan, R., O'Connor, M., & Horwitz, P. (2005). Nowhere to hide: Awareness and perceptions of environmental change, and their influence on relationships with place. *Journal of Environmental Psychology*, 25(2), 147-158. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2005.03.001>
- Sakib, N., Bhuiyan, A. K. M. I., Hossain, S., Al Mamun, F., Hosen, I., Abdullah, A. HSarker A., Mohiuddin M. S., Rayhan I., Hossain M, Sikder T, Gozal D, Muhit, S. M., Islam S., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H. & Mamun, M. A. (2020). Psychometric validation of the Bangla Fear of Covid-19 Scale: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00289-x>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the Covid-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109: 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Santos, A. M. S. P. (2020). Política urbana no brasil: a difícil regulação de uma urbanização periférica. *Geo – UERJ*, 36. <https://doi.org/10.12957/geouerj.2020.47269>
- Santos, G. J. e Santos, L. M. M. (2021) Reflexões sobre a relação pessoa-ambiente e os espaços públicos em tempos de Pandemia de COVID-19. Em: Zago, M. C. (Org.). *Saúde Mental no Século XXI: indivíduo e coletivo pandêmico*. Editora Científica Digital. Doi:10.37885/978-65-87196-90-9
- Santos, Gleidson Jordan & Santos, Larissa. (2021). Reflexões sobre a relação pessoa-ambiente e os espaços públicos em tempos de pandemia de covid-19. 10.37885/210203390.
- Santos, T. B. S., Andrade, L. R. de, Vieira, S. L., Duarte, J. A., Martins, J. S., Rosado, L. B., Oliveira, J. D. S., & Pinto, I. C. de M. (2021). Hospital contingency in coping with Covid-19 in brazil: Governmental problems and alternatives. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(4), 1407–1418. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>
- Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. E., & Satici, S. A. (2020). Adaptation of the Fear of Covid-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>
- Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the Covid-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 41-45. <https://doi.org/10.36131/CN20200202>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of Covid-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 229–235. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>

- Sher, L. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Silva, B. F. A., Prates, A. A. P., Cardoso, A. A., & Rosas, N. G. M. B. R. (2018). O suicídio no Brasil contemporâneo [Suicide in contemporary Brazil]. *Revista Sociedade e Estado*, 33(2), 565-580. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>
- Şimşir, Z., Koç, H., Seki, T., & Griffiths, M. D. (2021). The relationship between fear of Covid-19 and mental health problems: A meta-analysis. *Death studies*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1889097>
- Soraci, P., Ferrari, A., Abbiati, F. A., Del Fante, E., De Pace, R., Urso, A., & Griffiths, M. D. (2020). Validation and psychometric evaluation of the Italian version of the Fear of Covid-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00277-1>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Tang, W.-C., Lin, M.-P., You, J., Wu, J. Y.-W., & Chen, K.-C. (2021). Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the Covid-19 outbreak. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>
- Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., Kostikidou, S., Varvara, C., Spyridopoulou, E., & Parlapani, E. (2020). Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. *International journal of mental health and addiction*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00319-8>
- VandenBos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Williams, S. N., Armitage, C. J., Tampe, T., & Dienes, K. (2020). Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the Covid-19 pandemic: A UK-based focus group study. *BMJ open*, 10(7), e039334. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039334>
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., & Hagan, C. C. (2020). Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the Covid-19 pandemic in the United States. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/dz428>
- Zortea, T. C., Brenna, C. T., Joyce, M., McClelland, H., Tippett, M., Tran, M. M., Arensman, E., Corcoran, P., Hatcher, S., Heisel, M. J. Links, P., O'Connor, R.C., Edgar, N. E., Cha, Y., Guaiana, G., Williamson, E., Sinvor, M., & Platt, S. (2020). The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts. *Crisis*, 1–14. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>

Ações de intervenção psicológica durante a COVID-19 no Amazonas: articulações, desenvolvimento e desafios

Marck de Souza Torres,

Denise Machado Duran Gutierrez,

Sonia Maria Lemos,

Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato

A pandemia da Covid-19 teve início na cidade de Wuhan e em março se tornou uma pandemia afetando a saúde, educação, economia e o contato social. No Amazonas os altos índices de contaminação comunitária, pressão sobre o sistema de saúde e falta de financiamento governamental, geraram crise de saúde pública sem precedentes. Este trabalho objetiva discutir a fragilidade dos serviços públicos de saúde, e apresentar as iniciativas desenvolvidas pelas universidades e instituto de pesquisa para atendimento em saúde mental. Trata-se de um Relato de Experiência, como finalidade reflexiva. O Acolhimento Psicológico Online da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas acolheu demandas da população, avaliando e mediando encaminhamentos para a rede de saúde mental. O Plantão de Orientação em Saúde do Instituto de Pesquisas da Amazônia se caracterizou como programa de orientação para a comunidade com ênfase nos estudantes de pós-graduação, que apresentavam vulnerabilidade psicossocial. Os dados relevam que no cenário de incerteza advindos do negacionismo científico, afetando projetos de vida, a desesperança e desamparo aparecem como ameaça à continuidade do Eu. A Universidade do Estado do Amazonas instalou uma comissão para proposição de ações para mitigar os efeitos psicológicos da pandemia, envolvendo: 1. Acolhimento psicológico emergencial, estruturado em rede de voluntariado, com gerenciamento interinstitucional (UEA, Fiocruz, CRP-20 e SUSAM); 2. Treinamento de voluntários para atendimento emergencial; 3. Confecção de materiais digitais de psicoeducação abordando saúde mental; 4. Construção de carta de recomendações para contratação de psicólogos. Conclui-se os principais desafios: manter as articulações, com foco na pós pandemia para ampliação da rede psicossocial, fortalecendo a atenção básica.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) surgiu, desencadeando uma epidemia de síndrome respiratória aguda (COVID-19) em humanos, centrada em Wuhan na China. Em três meses, o vírus se espalhou para mais de 118.000 casos e causou 4.291 mortes, levando a Organização Mundial da Saúde a declarar uma pandemia global. A pandemia levou a uma campanha massiva de saúde pública global para diminuir a propagação do vírus, aumentando a lavagem das mãos, reduzindo o toque facial, recomendando uso de máscaras em público e o distanciamento físico (VAN BAVEL et al., 2020)

Em 20 de junho de 2020, mais de 8 milhões de casos de COVID-19 em todo o mundo foram confirmados e as mortes estavam perto de meio milhão. No entanto, seu impacto não foi medido apenas em termos de impactos biológicos, mas em consequências econômicas, de saúde, psicológicas e sociais. Os efeitos da pandemia COVID-19 provavelmente moldarão o comportamento humano para sempre. Dessa forma, a resposta foi concentrar recursos para evitar a transmissão do COVID-19, identificar produtos biológicos com os quais tratar aqueles infectados com o vírus e desenvolver vacinas para proteger as populações (O'CONNOR et al., 2020).

Dados de junho de 2021 do Ministério da Saúde demonstram que no Brasil foram confirmados 17.927.928 casos de Covid-19, com 501.825 óbitos. Particularmente, no Amazonas foram notificados 397.132, e com registro de 13.220 óbitos (Ministério da Saúde, 2021). A cidade de Manaus foi uma das cidades com aumento de casos durante a situação pandêmica, devido ao negacionismo e campanha contra o distanciamento social. Por isso, durante a segunda onda em janeiro de 2021 aconteceu uma das piores crises humanitárias com falta de oxigênio nas unidades hospitalares, ocasionados óbitos por asfixia, acarretando calamidade pública e crise sanitária sem precedentes na história amazonense.

A situação brasileira diante do coronavírus avançou exponencialmente, pois a doença se espalhou rapidamente nas grandes capitais, e particularmente nas comunidades mais pobres, a incidência de casos foi alta. Mais de três quartos dos casos confirmados estão nas regiões sul e sudeste do Brasil, que são mais densamente povoadas, incluindo muitos idosos, e com climas tropicais e subtropicais. Além disso, o ônus econômico que o distanciamento sustentado se demonstrou potencialmente catastrófico no Brasil e em outros

países em desenvolvimento. Além disso, se o distanciamento social não foi eficaz, inviabilizando a capacidade de se sustentar por tempo suficiente, o sistema de saúde pode entrar em colapso, contribuindo para uma tragédia maior (Dantas et al., 2020).

Para lidar com as consequências econômicas de curto prazo da pandemia, o governo brasileiro implementou uma ajuda emergencial de 600 reais (equivalente a aproximadamente 106 dólares americanos) para cada família de baixa renda cuja renda mensal por pessoa não exceda a metade do salário-mínimo nacional (isso equivale a 522,5 reais ou 92 dólares americanos), ou cuja renda familiar total não seja superior a três salários-mínimos (3.135 reais ou 553 dólares americanos). O socorro emergencial visa suprir a falta de renda decorrente da cessação do trabalho de forma a estabelecer uma condição mínima de sobrevivência para essas famílias e, ao mesmo tempo, garantir o cumprimento das medidas restritivas de distância social. No entanto, existem muitos problemas na implementação desta ajuda, o que dificultou o alcance do programa para a população em situação de vulnerabilidade social (Rosario et al., 2021).

A pandemia expôs todas as dificuldades das políticas públicas brasileiras dos últimos anos, além dos graves ataques sofridos desde o golpe de 2014, com avanço do arrocho econômico com reflexo no sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), das políticas de educação (cortes de verbas para as universidades públicas) impactando o desenvolvimento de pesquisas científicas. O projeto de retirada do financiamento público por meio da emenda constitucional 95 de 2016, conhecida como “emenda da morte” teve como objetivo colocar um teto de gastos da União, mas alinhada a necropolítica, a coincidência com a pandemia de Covid-19 revelaram a necessidade do investimento em políticas de saúde, pois, sem um sistema de saúde com acessibilidade e universalidade, princípios norteadores do SUS, foi o diferencial para que a pandemia não tivesse cenário pior no Brasil.

A falta de financiamento para políticas públicas de saúde, não permitiu a preparação para situação pandêmica, inclusive permeada pela narrativa negacionista. A partir deste contexto, as universidades públicas se organizaram para articular ações de respostas, e auxiliar os equipamentos de saúde, para dar continuidade dos serviços, e particularmente nos cuidados em saúde mental. No Amazonas, as instituições públicas Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto de Pesquisa da Amazônia (INPA) e a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) realizaram ações de intervenção tanto

para comunidade acadêmica quanto para população geral com objetivo de mitigar as dificuldades emocionais advindas do distanciamento social, do medo da contaminação pela Covid-19, além do suporte a famílias, pacientes e profissionais de saúde durante a internação.

Portanto, a proposta desse capítulo é descrever as ações de intervenção realizadas pelas universidades e institutos de pesquisas durante a primeira onda da Covid-19 no estado Amazonas, e discutir importância destas ações para melhoria da situação de enfrentamento a pandemia, e dos desdobramentos futuros em situações semelhantes.

Percurso metodológico

O relato de experiência é uma possibilidade legítima de criação de narrativa científica, pois, como afirmam Daltro e Farias (2019), trata-se de um modo de produzir conhecimento capaz de englobar processos e produções subjetivas, muito apropriado para o campo das ciências humanas e sociais, em especial para a psicologia. Esse modo de trabalho, ao focar uma experiência específica promove um ponto de abertura para a análise crítica, que permite pensar outros casos e universos, porém sem pretensão generalista.

Para os autores o relato de experiência pode ser visto como um “trabalho narrativo da singularidade, (o qual) é sempre e invariavelmente um trabalho de linguagem.” (p. 226) em que o relator emprega suas competências reflexivas e associativas para construir um todo concatenado e cheio de sentido dentro de um referencial teórico-metodológico. Para sua utilização é importante que: 1. seja uma produção de narrativas autorais; 2. a participação do autor seja efetiva na experiência concreta relatada; 3. a partir da experiência do autor, se possa gerar novas noções e compreensões potentes para provocar a emergência de outras problematizações e processos; 4. esclareça de que lugar teórico, ético e político o autor fala; 5. apresente uma descrição densa e clara para leitura fácil de todos; 6. apresente lições aprendidas, considerações provisórias e lacunas, porém sem se fechar em conclusões.

Desta forma, serão apresentadas as concepções e fundamentos dos projetos de intervenções das universidades e do instituto de pesquisa, descrevendo seus fundamentos teórico-metodológico, suas linhas de ação e seus impactos na sociedade amazonense durante a pandemia de Covid-19. A seguir discutiremos os resultados dessas ações, para promover reflexões futuras.

O programa de acolhimento psicológico do curso de psicologia da universidade federal do Amazonas

Quando a Covid-19 foi identificado na cidade de Manaus, o Reitor da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por meio da Portaria GR/UFAM nº 646 de 13 de março suspendeu as atividades presenciais da instituição, que já havia instituído desde o dia 5 de março de 2020, por meio da portaria nº 453, um Comitê Interno de Enfrentamento do Surto Epidemiológico de Coronavírus com objetivo de regular, normatizar e elaborar o plano de contingenciamento durante e após o surto de Covid-19. Devido as dimensões geográficas, e seus inúmeros cursos, houve a necessidade da criação de subcomitês nas unidades institucionais devidos a grande quantidade de cursos no campus universitário com foco nas colaborações de cada faculdade/departamento (UFAM, 2020).

A Faculdade de Psicologia (FAPSI) com a formação do subcomitê instituiu algumas linhas de atuação, e uma delas foi mobilizar o corpo docente associado ao campo da Psicologia Clínica, com prática e pesquisa para planejar ações de atendimento à comunidade interna da UFAM, e com possibilidade de extensão para comunidade externa, pois as dimensões de catastróficas do impacto da pandemia foi sentido de forma generalizada por todas/todos/todes.

A partir dessa preocupação foi planejado o Acolhimento Psicológico *Online*, programa planejado utilizando com fundamento metodológico o planejamento estratégico situacional (PES) que propõe a participação democrática considerando a viabilidade psicossocial, com descrição de objetivo específico apontando conflitos, reconhecendo limites e contradições (Kleba, Krauser & Vendruscolo, 2011; Matus, 1997). Nessa linha, as reuniões foram constituídas com participação de todos os profissionais que atuariam no projeto, para discutir ideias, definir as linhas de atuações e verificar as melhores estratégias do fazer psicológico nesse contexto adverso.

As reuniões de planejamento definiram a perspectiva teórica norteadora da intervenção para o contexto amazonense, o desenho metodológico da intervenção (por exemplo, modalidade de intervenção, discussão sobre o *setting* de atendimento *online*, características do enquadre, e contrato com o usuário), as estratégias de divulgação do serviço para acessibilidade equânime, a captação de recursos humano voluntário, e discussão de encaminhamentos de situações que surgissem durante a prestação de atendimento.

No mês de abril de 2020, após início da primeira onda da pandemia na cidade de Manaus, a FAPSI deu início ao Acolhimento Psicológico *Online*

como objetivo de proporcionar cuidado em saúde mental, e auxílio as unidades de política de saúde mental no estado do Amazonas.

Os Primeiros Cuidados Psicológicos foram os balizadores teórico metodológicos utilizados embasado no Guia de Primeiros Cuidados Psicológicos da Organização Panamericana de Saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que norteia atuação em situações de urgência e emergência, nas situações catástrofes naturais, com foco no apoio emocional, para mitigar situações de preocupações e desconforto psicossocial, utilizando escuta qualificada, empática e realizando articulação dos serviços de saúde mental local para continuidade de atendimento psicoterapêutico de longa duração (OPAS, 2015).

A população alvo foi a comunidade interna da UFAM (alunas/alunos/alunes, docentes, técnicas/técnicos), prioritariamente em sofrimento psíquico decorrente do distanciamento social, ou medo do contágio por Covid-19. No entanto, com a ampliação do coletivo de voluntários, e aumento pela procura do serviço, estendeu-se para atendimento ao público externo a universidade (crianças, adolescentes, adultos e idosos), tanto da capital quanto do interior, ocorrendo ocasionalmente procura por usuários de outros estados.

O Acolhimento foi constituído por voluntários em formato de coletivo de profissionais de psicologia, professoras(es) de carreira da FAPSI, mestrandas(os) do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGpsi) da UFAM, egressas(os) do curso de graduação, e profissionais liberais que buscaram participação voluntária por meio de chamamento comunitário. Devido a situação de exceção devido a pandemia de Covid-19 os atendimentos presenciais foram suspensos, e a única forma possível para atendimento foi o uso das tecnologias da informação e da comunicação (TICs).

A situação de pandemia evidenciou a necessidade de discussão do atendimento *online*, no que diz respeito, as melhores práticas para o uso de TICs, e segurança na *internet*, e aplicabilidade dos preceitos éticos da profissão para o contexto virtual. Além da necessidade do ensino, pesquisa e desenvolvimento de protocolo de atendimento *on line*, especificamente para atuação em situação de pandemia, e particularmente para o Amazonas que viveu situação crítica de transmissão comunitária do vírus, e com inviabilidade de acesso rápido, devido a particularidade da região, sendo acesso apenas por hidrovias.

A divulgação do programa utilizou as redes sociais (*Facebook, Instagram, Whastapp*) da FAPSI, e compartilhamentodas informações pelos membros do coletivo que possuíam as mesmas redes. A ferramenta adotada foi os infográficos para mídias sociais (*cards*) caracterizado por um quadro informativo

estático, sem interatividade com o público, como foco no repasse das informações sobre o coletivo de profissionais, tais como nome completo, número de inscrição do CRP, telefone para contato (preferencialmente com *whatsapp*), e horário disponível para realização do atendimento (geralmente era um turno durante a semana, horário comercial).

Durante o desenvolvimento das intervenções, o coletivo profissional tomou a decisão de realizar reuniões semanais para compartilhar as vivências, situações do atendimento, e sentimentos advindos da prática do atendimento *online*. Para isto, devido a normativa do distanciamento social utilizou-se a ferramenta *Google Meet* com licença cedida pela Universidade Federal do Amazonas, os encontros tiveram duração de duas horas, dividida em três momentos distintos, o primeiro momento era livre para que cada profissional relatasse sobre os sentidos e significados das vivências semanais do acolhimento, em seguida os profissionais relatavam os casos atendidos, para compor a terceira parte ocorria o *feedback* dos outros colegas, para melhorar a intervenção, e realização de encaminhamentos.

O programa do Acolhimento teve a duração de três meses (abril a julho de 2020) na modalidade remota, com atendimentos, encaminhamentos para rede de intervenção no estado do Amazonas.

Plantão de orientação em saúde em um instituto de pesquisa: possibilidades e desafios

Contexto Institucional

A experiência que passaremos a relatar aqui tem sido desenvolvida no contexto do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), Unidade de Pesquisa ligada ao Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) nos anos de 2020 e 2021, ainda em curso. O INPA, além de ser uma comunidade de pesquisadores que atua em biologia tropical e temas correlatos, reúne em seu escopo 10 Programas de Pós-graduação (mestrado/doutorado); com cerca de 497 estudantes em formação (277 em mestrado e 220 em doutorado), muitos vindos de fora da cidade de Manaus, ingressos em concursos nacionais com provas locais anualmente realizadas em várias cidades do país.

Em função das características de sua comunidade de estudantes, que pode constituir vulnerabilidade à saúde (mobilidade e desenraizamento), e em vista dos impactos percebidos pela abrupta entrada em situação pandêmica na cidade de Manaus, uma das mais fortemente acometidas pelas ondas pandêmicas, foi proposto um serviço de *Plantão de Orientação em Saúde*

(POS) que pudesse oferecer uma escuta qualificada, respeitosa e acolhedora dos sofrimentos vivenciados pelos seus usuários, ofertando ainda orientações em saúde, encaminhamentos para a rede de serviços em saúde (pouco conhecida dos usuários) e dicas para a promoção da saúde (física e mental). Paralelamente foi realizada uma *Enquete Virtual*, como instrumento técnico para orientar a gestão, voltada à comunidade interna para compreensão sobre como todos os atores (pesquisadores, técnicos, estudantes e gestores) estavam vivenciando a nova situação de isolamento/distanciamento social, trabalho remoto e outras medidas de prevenção adotadas.

Organização do plantão de orientação em saúde

O Plantão de Orientação em Saúde conta com 4 atendentes (3 psicólogos e 1 bióloga), os quais trocam materiais, experiências e informações úteis com os usuários e entre si, oferecendo períodos da semana com horários específicos para atendimentos telefônicos, sem necessidade de pré-agendamento. Como introdução ao serviço foi realizada uma Live de Acolhimento discutindo a questão da ansiedade e depressão e suas manifestações na comunidade. Parte do conjunto de ações envolve orientação em atividades físicas e alimentares oferecidas em forma de vídeos provenientes de outras fontes, produzidos ou linkados no site institucional.

Processos identificados entre usuários

- Aumento dos níveis de *estresse e ansiedade* decorrente de um cenário com 3 elementos fundamentais, alguns deles já destacados em estudos clássicos na área da psicologia da saúde, por (TAYLOR, 1986): a) *Incerteza* (futuro, *fake news*, polarização das posições: negacionismo, resistência à vacina, controvérsias sobre a origem do vírus, etc.); b) *Falta de governança* sobre a vida (do sujeito e dos seus familiares/amigos); c) *Ruptura com o sentido de continuidade no tempo*, não se consegue visualizar o futuro (imediato, em médio ou longo prazo);
- *Desesperança e depressão* decorrentes da experiência de esgotamento ao persistir tentando se adaptar a um cenário em que não se pode ter previsibilidade, domínio ou controle.

Observam-se duas condições prévias possivelmente associadas à emergência de casos de ansiedade e depressão: a) Sujeitos com vulnerabilidades já presentes que descompensam, em que se podem identificar comorbidades anteriores; b)

Sujeitos fortemente testados por uma realidade concreta que ultrapassa suas capacidades adaptativas, sem condições para buscar boas memórias protetoras, elaborar situação com recursos cognitivos adequados, fortalecer o juízo de realidade e adotar outras estratégias defensivas que assegurem a sobrevivência psicológica.

Enquete sobre as vivências da comunidade na situação pandêmica

Os resultados da enquete virtual podem ser assim sintetizados: **a)** Os estudantes estão bastante ansiosos quanto ao prosseguimento e conclusão nos estudos, decorrente das pressões de tempo colocadas pelo prazo das bolsas e regimentos dos programas. Não sabem mais *quando* e *se* concluirão seus estudos; **b)** Após um estado de paralisação inicial, no início da pandemia em março de 2020, passam a fazer uma tentativa de adaptação pela introdução de tecnologias, o que tem levado a alto dispêndio de energia psíquica, esgotamento e cansaço; **c)** A aprendizagem do uso de novas tecnologias deve ser rápida e é vital para continuidade, embora penosa devido ao clima de pressão psíquica para seu domínio; **d)** O estudo em *home office* não é fácil, pois é preciso: articular trabalho e a vida doméstica, ademais exige forte capacidade de auto regulação nem sempre existente (disciplina, uso do tempo, autonomia no processo de aprendizagem, organização do espaço interno/externo num ambiente emocionalmente adverso).

Adicionalmente encontramos que 1/3 dos entrevistados (n=59) relataram *perdas pessoais*: parentes (39%), amigos (36%), conhecidos (20%) e vizinhos (5%). 70% apresentaram sentimentos negativos: *impotência, tristeza, frustração, medo e raiva*. Apenas cerca de 30% dos entrevistados expressaram sentimentos de *esperança, otimismo e gratidão* por estar bem. Houve diminuição da atividade física, e conseqüente diminuição da força protetora que a ela se associa. 100% experimentaram *medo*: da morte, perda de queridos, perda da estrutura de vida, perda de prazos junto aos órgãos de fomento, desemprego, instabilidade política.

Cenário futuro da saúde mental na amazônia

Todos os dados apontam para um futuro aumento das demandas em saúde mental, numa cidade já muito deficitária de serviços em saúde: uma das piores coberturas do PSF, associada a uma rede completamente insuficiente e desarticulada em saúde mental (BARBOSA e GUTIERREZ, 2021).

Pensar o *Novo Normal* na Amazônia nos leva a algumas considerações: afinal estamos falando de um Novo ou Velho Normal? Aqui vivenciamos

uma situação sistêmica em que forças inerciais muito intensas colaboram para a permanência e até conservação/aprofundamento de desigualdades. Nossa trajetória histórica de exclusão social, domínio das oligarquias e exploração das populações autóctones tem confirmado isso.

Podemos, assim, esperar um aprofundamento do sofrimento psíquico, pois a base material que sustenta e produz emocionalidades e subjetividades, dada pelas condições de vida fortemente associadas ao adoecimento psíquico (pobreza, exclusão, estigmatização dos tipos regionais, abandono das populações pelo Estado), permanece e se intensifica.

Do ponto de vista biológico a grande biodiversidade celebrada e fortemente presente na região, onde a vida se produz e reproduz muito rapidamente, pode se constituir como risco à saúde. Na floresta habitam ainda muitos organismos desconhecidos com possível ação virulenta sobre o homem. Uma relação perversa com a floresta, marcada pela exploração, extração desenfreada, destruição e crença na ‘perenidade’ de recursos pode facilitar a migração de novos organismos de uma espécie e outra, tal como ocorreu com o Corona-Vírus na China.

Do ponto de vista social a Amazônia tem sido historicamente palco de muitas tensões e desigualdades étnico – raciais acompanhadas por intensa depreciação simbólica das figuras nativas(GONDIM, 2007), processo que se perpetua e aprofunda sem que haja a implementação de políticas públicas adequadas ao cuidado da saúde mental, em especial para grupos diferenciados, como é o caso dos indígenas. Ao contrário, encontramos no meio social o sofrimento da pobreza indígena encoberto por diversos ritos e produções culturais que enfatizam o glamour do “exótico”.

Tal como em outras regiões do país aqui também se apresenta uma adesão baixa às boas práticas em prevenção, como formas de reações defensivas (“*não acontece comigo*”), como se vê também em outras experiências extremas nos casos de HIV/AIDS, Hanseníase, etc.No caso dessa pandemia colaboram para isso os processos ligados à *dissonância cognitiva*, em que as contradições e conflitos (concretos e fantasiosos) geram um estado confusional advindo de informações conflitivas provenientes de pessoas de referência: grupo de amigos, pessoas públicas, familiares, etc. (PAPAGEORGIU et al., 2014)

Associa-se a isso a impossibilidade concreta para o isolamento social decorrente do imperativo do trabalho para as camadas pobres.É preciso ainda destacar que o isolamento social,de fato,preserva o sujeito do contágio, mas restringe o horizonte psíquico de trocas e modulação de emoções, posições

e atitudes impedindo sua exposição à diversas narrativas circulantes no meio social mais amplo, o que poderia abrir novos horizontes de pensamento e fortalecer os sujeitos para o enfrentamento da pandemia como situação extrema (LIMA, 2020).

A participação da universidade do estado do Amazonas na organização e realização de ações em saúde mental no enfrentamento à pandemia de covid-19

A Universidade do Estado do Amazonas esteve implicada na proposta de ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 desde março de 2020, quando começavam a ser identificados casos de infecção pelo coronavírus na cidade de Manaus. Foi criada a Comissão de Saúde Mental COVID-19, composta por professoras e professores, também psicólogos e construído um plano que contemplava o acolhimento psicológico *online*, oferecido à população tanto da comunidade acadêmica quanto geral que necessitasse. Também em março passou a constituir a Rede de Emergência em Saúde Mental junto com outras instituições, Fiocruz-Amazônia, Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) e Conselho Regional de Psicologia- Região 20 (CRP-20) para ampliar a oferta de acolhimento psicológico emergencial, estruturado em regime de voluntariado.

Acolhimento psicológico emergencial, estruturado em rede de voluntariado, com gerenciamento interinstitucional (uea, fiocruz, crp-20 e susam)

As psicólogas e psicólogos selecionados, por meio de edital do CRP-20, realizaram o acolhimento psicológico emergencial em duas frentes. A primeira compondo a escala de acolhimento da UEA que já contava com psicólogas e psicólogos, professores da UEA e voluntários indicados por estes. A segunda na equipe do *Call Center*, que foi instalado no espaço físico da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA, em uma parceria entre a UEA, SUSAM e FVS e funcionou no Laboratório de Tecnologia em Saúde e Educação (LABTECS). A equipe do Call center para o acolhimento psicológico foi constituído por psicólogas e psicólogos que são servidores da SUSAM e voluntários recrutados pelo CRP-20. Funcionou em regime de plantão diário, de segunda-feira a domingo em três horários (matutino, vespertino e noturno). O acesso era realizado pelo chatbot que transferia a ligação para as(os) plantonistas daquele dia e horário. Foram atendidas 1205

chamadas durante os meses de abril e julho de 2020, quando o serviço foi desativado em função da retomada dos serviços presenciais pela Secretaria de Saúde e das atividades acadêmicas pela UEA. No acolhimento psicológico foram realizados 1800 atendimentos entre os meses de março e julho, quando as atividades foram interrompidas e a UEA retomou o ano acadêmico. É importante assinalar que a construção interinstitucional possibilitou ampliar a oferta de serviços em ações que impactaram e trouxeram benefícios para as pessoas atendidas. O esforço coletivo, que contou com voluntários de outros estados, possibilitou trocas de experiências e se constituiu em um trabalho de referência para o enfrentamento de situações emergenciais e agudas como as trazidas pela pandemia da COVID-19.

Treinamento de voluntários para atendimento emergencial - guia de atenção psicossocial para o enfrentamento da covid-19

No mês de abril de 2020 foi realizado um treinamento online, organizado pela Rede de Emergência e Saúde Mental, para os profissionais que aderiram ao voluntariado. Com duração de 4h foram tratados temas que abordaram a saúde mental no contexto da pandemia Covid-19. O curso foi realizado e ofertado pelo canal Telessaúde da UEA no qual está disponível e já ultrapassou 1000 visualizações. Os temas norteadores do curso estiveram pautados nos princípios éticos do exercício da profissão; diversidade da população a ser atingida; lutos e perdas; estratégias de intervenção em crise; e a rede de assistência na cidade de Manaus. Em convergência com o treinamento foi elaborado o Guia de Atenção Psicossocial para o enfrentamento da COVID-19 cuja finalidade foi oferecer algumas possibilidades para dar suporte ao trabalho das psicólogas e psicólogos em seus atendimentos no acolhimento psicológico emergencial. O guia continua sendo instrumento de consulta e orientação para profissionais da saúde que atuam na área de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Confecção de materiais digitais de psicoeducação abordando saúde mental

Desde o início de março a Universidade do Estado do Amazonas suspendeu suas atividades presenciais e houve uma grande preocupação com o corpo docente, discente e técnicos. Ao mesmo tempo que as medidas de distanciamento e proteção eram propagadas pela mídia, houve uma grande preocupação com a saúde mental de todos os integrantes.

Tendo em vista a especificidade da Universidade, que possui campi em diversos municípios, sendo alguns com acesso a internet precário, a maneira escolhida para a disseminação do material que seria produzido seria virtualmente, tendo em vista a importante relação que se estabelece entre saúde pública e cibercultura (HONORATO, 2014)

Paralelamente, um grupo de profissionais psicólogos, liderados pela instituição, iniciou uma revisão de literatura para identificar quais seriam as principais demandas, tendo em vista a especificidade de uma pandemia, algo jamais vivenciado por essa geração local. As questões de ansiedade, depressão, estresse, problemas domésticos e demais temas foram selecionados a partir desse trabalho, publicado posteriormente (HONORATO et al., 2020).

A psicoeducação tem sido cada vez mais utilizada no âmbito da saúde (MAIA et al., 2018), e faz uma união tanto dos conceitos de saúde como os da pedagogia (LEMES; NETO, 2017), neste caso voltadas para um público interno. O objetivo ao mesmo tempo que educativo era interventivo, uma vez que muitos dos receptores das mensagens estariam isolados geograficamente, com pouco contato com a capital, disseminados pelo interior do Amazonas. Apesar de muito conhecida como uma técnica de Terapia Cognitivo Comportamental, não se caracteriza como uma técnica exclusiva para psicólogos ou psicoterapia e pode ser usada em diversos contextos (NOGUEIRA et al., 2017)

As demandas eram enviadas pela reitoria, através da comissão, e como haviam previsto os pesquisadores, as primeiras estavam relacionadas aos cuidados básicos da pandemia (HONORATO et al., 2020). Passado esse primeiro momento de orientações básicas e com o surgimento de quadros de saúde mental nessa população, as demandas foram sendo mais específicas. Ainda em abril, foram criados cards para controle de ansiedade, melhorias na inteligência emocional bem como lidar com crianças, uma vez que o público-alvo também era composto por pais que estavam lidando com as demandas tanto de home office quanto a educação escolar domiciliar híbrida.

Manaus enfrentou uma primeira onda e foi a primeira capital a ter colapso no sistema único de saúde e cada vez mais era preciso interagir com o público-alvo (ORELLANA et al., 2020). Além de cards foram também realizados vídeos curtos, de até 2 minutos, no formato vertical, para os diretores das unidades enviarem via redes sociais para todos de sua equipe. A frequência de envio de material era praticamente diária, uma vez que as demandas iam surgindo enquanto o sistema colapsava e as pessoas ficavam cada vez mais em casa e demandando atendimentos em saúde mental.

Após o final do trabalho institucional, os pesquisadores resolveram continuar com o trabalho, em seus perfis pessoais e individualmente, produzindo material de saúde mental para as redes sociais. As artes foram então compartilhadas e transformadas em um e-book com repositório virtual para disseminação das informações (HONORATO; LEMOS, 2021).

Construção de carta de recomendações para contratação de psicólogos

Em janeiro de 2021 com a chegada de uma segunda onda de casos em Manaus e o impacto devastador sobre a população no episódio de falta de oxigênio e saturação do sistema de saúde, a Rede de Emergência em Saúde Mental, reuniu-se e tomou a decisão de enviar ao Comitê de Crise do Estado do Amazonas uma carta de recomendações para assistência em Saúde Mental de profissionais de saúde e população em geral. Um dos pontos fortes dessa carta foi a recomendação da contratação de psicólogas e psicólogos para atuar presencialmente nos serviços de saúde da cidade de Manaus. Foram contratados em 50 profissionais que passaram a atuar na rede de urgência e emergência e no acolhimento psicológico online que também foi retomado.

Cabe ressaltar que são ações interinstitucionais, construídas coletivamente e que estão implicadas em dirimir os impactos da insipiência da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Manaus e do Estado do Amazonas. Temos presente que não são suficientes, mas acolhem e tentam responder alguns dos desafios trazidos e/ou ampliados pela pandemia da COVID-19.

O papel das instituições públicas, entre elas a universidade pública, é de fundamental importância e deve cumprir o compromisso social, a construção e a consolidação das políticas públicas de Saúde Mental com equipamentos e dispositivos que definitivamente rompam com práticas essencialmente biomédicas e hospitalocêntricas. É no diálogo entre a formação em saúde e a sociedade que será possível identificar e avaliar as demandas que seguirão pós-covid-19 e desenvolver práticas e estratégias de intervenção implicadas com o bem-estar das pessoas e na recuperação das sequelas deixadas pela pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que no Amazonas o planejamento de ações de respostas das instituições de ensino e pesquisa foram importantes para auxiliar na promoção de saúde mental durante a pandemia da Covid-19, e sem essas ações a situa-

ções poderia ter sido mais tenebrosa, pois o colapso do sistema de saúde dificultou o acesso da população, ainda mais por causa do distanciamento social.

Além disso, vários fatores psicossociais determinou a resposta pandêmica, pois o bloqueio forçado causou estresse financeiro a todas as profissões se prejudicaram. A pandemia afetou mais o trabalhador assalariado e aqueles que têm pequenos negócios e lojas. Quanto mais tempo durou a pandemia, maior foi o estresse e isso levou à depressão, ansiedade, incerteza sobre o futuro pela frente, o que causou pânico e mais ansiedade (De Souza, Mohandas & Javed, 2020).

Dessa forma, realizar treinamento para profissionais de saúde para identificar e gerenciar reações emocionais, que podem dificultar seu trabalho clínico na linha de frente de saúde. Isso inclui, por exemplo, gerenciar ansiedade, medo de contágio, episódios de estresse agudo ou promoção do autocuidado / redução do *burnout*. O principal é maximizar a resiliência psicológica no maior número possível de profissionais que tenham deveres da linha de frente durante uma pandemia (Chen et al. 2020).

Deficiências do sistema de saúde, tanto em termos de material e recursos humanos (ou seja, falta de EPI adequado, infra-estrutura para intervenções digitais, equipe) ou mental profissionais de saúde não especializados em psicologia de crises e emergências (Shultz et al. 2015; Shultz e Neria 2013). Na China, a escassez de recursos humanos levou a profissionais individuais acumulando múltiplas responsabilidades, reduzindo a eficácia de suas intervenções (Duan e Zhu 2020). Por este motivo, governantes, formuladores de políticas e gestores de saúde precisam estar ciente do fortalecimento dos sistemas de saúde para o aumento da capacidade dos profissionais de saúde mental para intervir em emergências e monitorar as cargas de trabalho.

A subestimação social do (curto e longo prazo) com as consequências psicológicas de pandemias e, conseqüentemente, recursos limitados para lidar com elas (Bitanihirwe 2016). Há evidências de que os indivíduos expostos às emergências de saúde pública aumentaram a vulnerabilidade psicopatológica durante e após o evento potencialmente traumático (Fan et al. 2015). Apesar de a resposta pandêmica internacional para mitigar os impactos na saúde mental da COVID-19 foi sem precedentes em termos de mobilização de recursos e finanças, também haverá impactos de longo prazo em termos de carga de tratamento, incluindo saúde mental, particularmente em ambientes de poucos recursos e de conflito (WHO, 2020).

Portanto, é importante avaliar e identificar todos os riscos grupos e adaptar as intervenções às suas necessidades específicas. Entre as variáveis a serem consideradas estão a trajetória da doença, gravidade dos sintomas clínicos, local de tratamento (em casa ou isolamento fora de casa, UTI), história de trauma anterior e, história anterior de saúde mental problemas. Ter essas informações ajudará a classificar pessoas em risco e possibilitam prevenção mental específicas medidas de saúde a serem implementadas.

Outro ponto é que as intervenções digitais que não requerem contato face a face podem desempenhar um papel importante na melhoria da saúde mental pública em momentos de prevenção de infecções e medidas de controle. Eles podem ser amplamente agrupados como telemedicina e intervenções baseadas na Internet e intervenções de saúde móvel baseadas em aplicativos usando smartphones ou outros dispositivos móveis. Essas intervenções fornecem uma oportunidade única para a prestação de cuidados de saúde mental públicos de baixo custo adaptados às necessidades individuais e contextos da vida diária (Brooks et al., 2020).

Ao considerar a necessidade urgente de acesso contínuo aos cuidados de saúde mental para indivíduos vulneráveis durante a pandemia COVID-19, e a importância de desenvolver e implementar estratégias públicas de prevenção e promoção da saúde mental, as intervenções digitais devem ser fornecidas pelos serviços de saúde pública e rotineiramente oferecidas quando medidas de controle de infecção são implementadas durante as pandemias. Uma vez que atualmente não há evidências diretas sobre intervenções digitais que visam minimizar o impacto psicossocial de surtos de coronavírus e influenza anteriores, as intervenções digitais devem ser desenvolvidas e avaliadas por grupos de pesquisa em estreita colaboração com as partes interessadas relevantes para garantir os padrões estabelecidos para investigar a qualidade do a perspectiva do usuário, a eficácia e a relação custo-benefício são atendidas. É importante ressaltar que as intervenções digitais baseadas em evidências são escalonáveis e podem ser aplicadas rapidamente no nível da população. Isso pode facilitar a prestação de cuidados personalizados e minimizar o impacto negativo da pandemia COVID-19 na saúde mental pública (Rauschenberg et al., 2021).

Este impacto na saúde e na esfera social e econômica tem um impacto direto com sofrimento psíquico e sintomas de doença mental. Apesar da literatura existente, que pode precisar ser preenchida com o tempo por meio de experiências clínicas e pesquisas mais difundidas, os pesquisadores estão

começando a identificar as primeiras preocupações de saúde mental relacionadas à pandemia de COVID-19, que são estresse, episódios de ansiedade e depressão, consumo de álcool, distúrbios alimentares, fome e incertezas sobre o futuro, entre outros. AS experiências traumáticas relacionadas à perda de amigos e familiares, fatores estressantes no trabalho, status social e sofrimento de sintomas do COVID-19. As condições como ansiedade, depressão, insônia ou outros problemas sociais, como aumento de atos de violência de gênero durante o bloqueio, podem aumentar as necessidades de cuidados de saúde mental de curto prazo. Uma pandemia global que fez com que quase 10 milhões de pessoas fossem infectadas e mais de meio milhão de mortes provavelmente levaria a, como outros desastres (por exemplo, furacões, tsunamis, guerras, terrorismo), transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), insônia, transtorno de ansiedade generalizada e medo (Inchausti et al., 2020)

Portanto, psicólogos e psiquiatras de todo o mundo devem estar atentos a essas manifestações, e estar preparados para o que se acredita ser a “onda pós-pandêmica”, as consequências para a saúde mental do COVID-19. Nessa situação, os serviços de saúde mental, concebidos como todos os serviços que integram o cuidado na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de problemas e transtornos mentais, incluindo internação psiquiátrica, consulta ambulatorial, dispensação de medicamentos de uso psiquiátrico e neurológico, são básicos para poder para enfrentar este novo contexto exigente (Clemente-Suárez et al., 2021).

REFERÊNCIAS

- Barbosa, N. S. S., & Gutierrez, D. M. D. (2021). *A Dinâmica da Rede de Cuidados em Saúde Mental em Manaus: A Família em Foco*. Editora Appris.
- Bitanihirwe, B. K. Y. (2016). Monitoring and managing mental health in the wake of Ebola. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 52(3), 320–322. https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_02
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
- Clemente-Suárez, V. J., Navarro-Jiménez, E., Jimenez, M., Hormeño-Holgado, A., Martínez-González, M. B., Benítez-Agudelo, J. C., ... & Tornero-Aguilera, J. F. (2021).

- Impact of COVID-19 pandemic in public mental health: An extensive narrative review. *Sustainability*, 13(6), 3221. <https://doi.org/10.3390/su13063221>
- Daltro, M. R., & de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), 223-237. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013
- Dantas, R. C. C., De Campos, P. A., Rossi, I., & Ribas, R. M. (2020). Implications of social distancing in Brazil in the COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-2. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.210>
- De Sousa, A., Mohandas, E., & Javed, A. (2020). Psychological interventions during COVID-19: challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102128. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102128>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y., & Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-2896. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884>
- Gondim, N. (2007). *A Invenção da Amazônia*. Editora Valer.
- Honorato, E. J. S. & Lemos, S. M. (2021). Educação em Saúde Mental na pandemia de Covid-19 (Material não publicado). *Educar em Saúde*.
- Honorato, E. J. S., Neves, A. L. M., Therense, M., Martins, G. C., Marangoni, V. S. L., ... & Lemos, S. M. (2020). Waves of mental health Demands during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9(8). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6204>
- Honorato, E. J. S. A. (2014). A interface entre saúde pública e cibercultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 481-485. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21512012>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *Journal of contemporary psychotherapy*, 50(4), 243-250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicaciones de la psicoeducación en el contexto de la salud. *Temas em psicologia*, 25(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lima, R. C. (2020). Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>
- Kleba, M. E., Krauser, I. M., & Vendruscolo, C. (2011). O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 184-193. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>
- Maia, R. S., Araújo, T. C. S., & Maia, E. M. C. (2018). Aplicação da Psicoeducação na Saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(2), 53-63. http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=280

- Nogueira, C. A., Crisostomo, K. N., dos Santos Souza, R., & do Prado, J. D. M. (2017). A importância da psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental: Uma Revisão Sistemática. *Hígia-Revista de Ciências da Saúde e Sociais Aplicadas do Oeste Baiano*, 2(1). <http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>
- O'Connor, D. B., Aggleton, J. P., Chakrabarti, B., Cooper, C. L., Creswell, C., Dunsmuir, S., ... & Armitage, C. J. (2020). Research priorities for the COVID-19 pandemic and beyond: A call to action for psychological science. *British Journal of Psychology*, 111(4), 603-629. <https://doi.org/10.1111/bjop.12468>
- Organização Panamericana da Saúde [OPAS/OMS]. (2015). Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. https://www.paho.org/bra/dmdocuments/GUIA_PCP_portugues_WEB.pdf
- Orellana, J. D. Y., Cunha, G. M. D., Marrero, L., Horta, B. L., & Leite, I. D. C. (2020). Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cadernos de saúde pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020>
- Papageorgiou, S. N., Konstantinidis, I., Papadopoulou, K., Jäger, A., & Bourauel, C. (2014). A systematic review and meta-analysis of experimental clinical evidence on initial aligning archwires and archwire sequences. *Orthodontics & craniofacial research*, 17(4), 197-215. <https://doi.org/10.1111/ocr.12048>
- Rauschenberg, C., Schick, A., Hirjak, D., Seidler, A., Paetzold, I., Apfelbacher, C., ... & Reininghaus, U. (2021). Evidence synthesis of digital interventions to mitigate the negative impact of the COVID-19 pandemic on public mental health: rapid meta-review. *Journal of medical Internet research*, 23(3), e23365. <https://preprints.jmir.org/preprint/23365>
- Rosario, D. D., Mutz, Y. S., Ferrari, R. G., Bernardes, P. C., & Conte-Junior, C. A. (2021). The COVID-19 pandemic in Brazil built on socioeconomic and political pillars. *Pathogens and Global Health*, 115(2), 75-77. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1874202>
- Shultz, J. M., Baingana, F., & Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *Jama*, 313(6), 567-568. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934>
- Shultz, J. M., & Neria, Y. (2013). Trauma signature analysis: state of the art and evolving future directions. *Disaster Health*, 1(1), 4-8. <https://doi.org/10.4161/dish.24011>
- Taylor, S. E. (1986). *Health Psychology*. Random House.
- Universidade Federal do Amazonas [UFAM]. (2020). Plano de Contingência da Universidade Federal do Amazonas frente à pandemia da doença pelo SARS-COV-2 (COVID-19). Universidade Federal do Amazonas.
- Van, B. J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Valerio, C., Aleksandra, C., Mina, C., ... & Robb, W. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- World Health Organization [WHO]. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control/WASH. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>

A literacia na promoção da saúde mental e prevenção da violência autoinfligida

Kelly Graziani Giaccherro Vedana,

Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso,

Aline Conceição Silva,

Camila Corrêa Matias Pereira

A vivência de uma crise sanitária, como a pandemia do coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) e suas variantes, acarreta profundos impactos em diferentes esferas pessoais e sociais. A vivência de múltiplos impactos associados à maior precariedade de bem-estar e saúde mental são fatores de risco importantes para a predisposição a violência autoinfligida. Dessa forma, refletir criticamente e dialogar sobre ações preventivas para a violência autoinfligida é de extrema urgência. Este material tem por objetivo apresentar conhecimentos atualizados e reflexões sobre a literacia em saúde mental promovida por meio de ambientes virtuais. Para isso, buscou-se a fundamentação em literatura científica atualizada e pertinente para que o conteúdo apresentado pudesse fornecer uma perspectiva humanizada e crítica, mas também fundamentada em evidências científicas. Dentre os principais resultados estão a discussão de possibilidades e recursos de literacia em saúde mental a partir das tecnologias educativas. A produção e uso do ambiente virtual como potencialidade de divulgação científica e literacia em saúde mental com a apresentação de iniciativas em ambientes virtuais como os projetos InspirAção® e “Promoção de Saúde Mental em Tempos Difíceis”. E por fim, orientações para comunicação segura em ambientes virtuais em relação a ações para a prevenção da violência autoinfligida. Espera-se que o material possa contribuir com reflexões e diálogos em diferentes contextos para o uso de tecnologias educativas e do ambiente virtual para ações de prevenção da violência autoinfligida.

Este capítulo propõe uma discussão sobre a literacia como recurso para favorecer a promoção da saúde mental e prevenção da violência autoinfligida. Aborda a relevância desses assuntos em momentos difíceis, como é o caso da pandemia COVID-19. Estão apresentados os principais conceitos, bem como elementos facilitadores para a promoção da literacia em saúde mental, além de apresentar informações gerais sobre iniciativas desenvolvidas com essa finalidade em ambientes virtuais.

INTRODUÇÃO

Literacia para saúde mental

O conceito de Literacia para a saúde agrega a “Literacia em Saúde” e a “Literacia de Saúde”, podendo ser definido como a conscientização, confiança na tomada de decisão, atuação, compreensão, gestão e investimento do indivíduo, favoráveis à promoção da saúde individual e pública, modificando comportamentos e formas de vida (Saboga-Nunes, 2014; Marques, 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a Literacia para a Saúde é um importante determinante social de saúde, sendo elemento chave na educação saúde (WHO, 2013). A Literacia Básica/funcional caracteriza-se pela comunicação da informação, a Literacia Comunicativa/interativa auxilia no desenvolvimento de competências pessoais e sociais e a Literacia Crítica abrange a capacitação pessoal e da comunidade (Nutbeam, 2006).

A Literacia para a saúde é essencial para o entendimento das potencialidades e fragilidades da saúde a nível individual e coletivo para a elaboração de atitudes responsivas às necessidades (WHO, 2017). A literacia para saúde mental tem um papel fundamental para o crescimento, desenvolvimento e maturação dos indivíduos, reforçando a adoção da perspectiva de comportamentos mais saudáveis, promoção e prevenção em saúde (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira, Ferreira, 2012). A eficácia da Literacia para Saúde Mental implica no conhecimento focado na prevenção da saúde individual e coletiva. O conceito envolve o reconhecimento e prevenção dos transtornos mentais com o objetivo de facilitar a busca de ajuda, redução dos estigmas sociais, conhecimento sobre os serviços e profissionais de saúde mental, primeiros socorros emocionais e estratégias de autoajuda (Jorm, 2000).

A Literacia para a Saúde Mental deve ser adequada ao contexto e ao desenvolvimento (ciclo vital de cada indivíduo), integrada nas estruturas sociais e organizacionais atuantes. As intervenções de Literacia para a Saúde Mental não possuem um tamanho e objetivos únicos, sendo implementadas, aplicadas e avaliadas de acordo com as suas especificidades (Loureiro, 2018). A Literacia para a Saúde Mental, nessa perspectiva, permite o desenvolvimento de competências imprescindíveis para o empoderamento do indivíduo.

Violência autoinfligida na pandemia

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência autoinfligida se dá através do comportamento suicida e da automutilação

(Dahlberg & Krug, 2012). O comportamento suicida é complexo, multifatorial e integra o continuum ideação (pensamentos de acabar com a própria vida), plano (preparação para o ato), tentativa (ato não fatal) e morte (World Health Organization, 2019). Estudos evidenciam a ambivalência do comportamento com enfoque no subterfúgio do sofrimento. A automutilação possui tipologias distintas conforme a intencionalidade e transtornos de base, mas o subgrupo da autolesão não suicida tem chamado a atenção de pesquisadores e clínicos (Nock, 2010). A autolesão não suicida é um comportamento auto dirigido, sem intencionalidade consciente de suicídio e não justificado por um transtorno de base (International Society for the Study of Self Injury, 2018). O principal objetivo da autolesão não suicida é lidar com emoções e problemas de vida. Ambos os comportamentos possuem impactos individuais, sociais e econômicos e são considerados importantes problemas de saúde pública (World Health Organization, 2019; International Society for the Study of Self Injury, 2018).

Antes da pandemia, o comportamento suicida já era responsável por cerca de 800 mil mortes anuais (Naghavi, 2019), sendo uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 10 segundos (World Health Organization, 2019). Corresponde a segunda causa de morte na população entre 15 a 29 anos de idade, sendo maior o número de tentativas no sexo feminino e maior prevalência de morte no sexo masculino (World Health Organization, 2019). A autolesão não suicida tem prevalência de 22% ao longo da vida, pode acontecer em qualquer faixa etária mas é predominante na adolescência, com idade de início entre 11 a 13 anos de idade (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012; Lim, Wong, McIntyre et. al, 2019). Ambos os comportamentos têm maior prevalência em países em desenvolvimento e são multifatoriais, ou seja, possuem relação entre múltiplos fatores individuais e sociais (World Health Organization, 2019; International Society for the Study of Self Injury, 2018).

A vivência de uma crise sanitária, como a pandemia do coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) e suas variantes, acarreta profundos impactos em diferentes esferas pessoais e sociais. Todos os impactos são intimamente interligados com a saúde mental que também apresenta prejuízos a curto, médio e longo prazo. A vivência de múltiplos impactos pessoais e sociais associados à maior precariedade de bem-estar e saúde mental são fatores de risco importantes para a predisposição a violência autoinfligida (Gunnell et al., 2020; Reger et al., 2020). Evidências científicas mostram relação com o

aumento do comportamento suicida em outros momentos de crise sanitária como a pandemia de influenza (1918-1919), a epidemia da síndrome respiratória aguda grave - SARS (2013) (Wasserman, 1992; Centers for Disease Control and Prevention, 1918).

Em relação a pandemia de COVID-19 estudos destacam sintomas depressivos, ansiedade moderada a graves (Wang, Pan, Wan, et. al, 2020), sofrimento emocional (Qiu, Shen, Zhao et. al, 2020), problemas com sono (Xiao, Zhang, Kong, et. al, 2020) uso prejudicial de álcool (Ahmed, Ahmed, Aibao, et. al, 2020), entre outros problemas em saúde mental. Em relação ao comportamento suicida e a pandemia de COVID-19 ainda não há estudos com poder estatístico que possam presumir tal relação. Entretanto existe uma associação importante entre crises sanitárias anteriores e o aumento da violência autoinfligida (Zortea, O'Connor, Brenna, et. al, 2020). Dessa forma destaca-se a necessidade de ações de resposta em saúde pública para o acesso e fortalecimento de saúde mental e conseqüentemente prevenção da violência autoinfligida (Niederkrötenhaler, Gunnel, Arensman et. al, 2021; Zortea, O'Connor, Brenna, et. al, 2020; Gunnel, Appleby, Arensman, 2020).

Embora a correlação entre epidemias, saúde mental e suicídio não seja uma revelação nova (Hughes et al., 2020), ainda há muita incerteza no que se refere aos efeitos da Covid sobre a violência autoinfligida (Zalsman et al., 2020). Em alguns contextos pandemia Covid-19 pode não ter um impacto imediato ou de curto prazo sobre as taxas de suicídio. No entanto, é provável que resulte em um aumento de diversos fatores de risco para suicídio a longo prazo (Zalsman et al., 2020). Embora vários fatores sustentem essas preocupações, ainda é necessário monitorar e investigar cautelosamente as possíveis relações entre a pandemia e comportamentos autolesivos antes de fazer afirmações mais incisivas (John et al., 2020).

Prevenção da violência autoinfligida

Por se tratar de um fenômeno multifatorial a prevenção da violência autoinfligida também necessita de respostas e mecanismos diversos em diferentes momentos. O modelo mais comum de prevenção do comportamento suicida se dá pelas intervenções classificadas como universal, seletiva e indicada (World Health Organization, 2014). A prevenção universal está relacionada às ações gerais de redução de estigma em saúde mental, identificação precoce de sofrimento emocional e transtornos mentais, garantia de acesso e assistência qualificada em saúde mental, compartilhamento de informações

respaldadas em pesquisa científica e promoção de bem-estar e fatores protetivos. A prevenção seletiva está associada a ações com grupos específicos que podem apresentar maior vulnerabilidade (pessoas lgbtqi+, povos originários, negros, entre outros). E a prevenção indicada está relacionada a ações específicas e adequadas para acompanhamento de pessoas em risco (World Health Organization, 2014).

Dentre as ações de prevenção da violência autoinfligida encontra-se o trabalho de identificação e intervenção de potenciais fatores de risco, principalmente que podem ser reforçados pela pandemia de COVID-19. Destacam-se o aumento da violência no ambiente doméstico, estressores financeiros e de subsistência, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, acessos a meios letais, divulgação irresponsável por parte da mídia jornalística e em mídias sociais, sentimento de isolamento social e solidão (Gunnel et al., 2020). E o trabalho de promoção de bem-estar, alcance social e fatores protetivos como o sentimento de pertencimento, resiliência (Brennan, 2020), esperança (Hughes et al., 2020), regulação emocional (Nelson & Adams, 2020), redes de apoio (Mi et al., 2020), conexão, percepções do significado da vida e importância para terceiros (Zortea et al., 2020), entre outros.

Outro ponto significativo na prevenção da violência autoinfligida é a educação em saúde que abrange a capacitação de recursos humanos em saúde e a divulgação de informações sobre o cuidado em saúde para a sociedade de forma geral. Pesquisas destacam que a capacitação em recursos humanos em saúde resulta em profissionais mais preparados e com menos atitudes negativas para a identificação, acolhimento e acompanhamento de vítimas da violência autoinfligida (Vedana & Zanetti, 2019; Vedana, Magrini, Zanetti et al., 2017; Vedana, Pereira, dos Santos et al., 2017). A divulgação de informações respaldadas em conhecimento científico colabora para o empoderamento social sobre desestigmatização em saúde mental, autoconhecimento, busca de suporte profissional, aumento da empatia e consequente coesão social.

É importante enfatizar que todos os níveis de prevenção precisam de processo de organização e avaliação de acordo com características sociais, econômicas e culturais e para potencializar os resultados é interessante que sejam realizadas com parcerias sociais para apoio. Também é importante que as ações de prevenção sejam corroboradas com o suporte governamental na tomada de decisão e disponibilização de recursos respaldados em políticas públicas inclusivas e associados a políticas assistenciais que garantam a subsistência social e o atendimento qualificado em saúde.

Recursos para promoção da literacia em saúde mental: potencialidades do ambiente virtual e produção de tecnologias educativas

As ferramentas de informação disponíveis têm se aperfeiçoado e tornaram-se recursos privilegiados para fomentar a literacia para saúde mental no contexto da saúde, da educação e da comunidade (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira, Ferreira, 2012). A Literacia para a saúde mental colabora no empoderamento para o autoconhecimento, autonomia e redução do estigma no cuidado em saúde mental. De forma direta tem repercussão na prevenção e promoção de bem-estar e saúde mental social (Silva et. al, 2020). A educação em saúde mental necessariamente perpassa o acesso a informações embasadas e destaca as singularidades e pluralidades, abrangendo o contexto social e as relações de suporte (Silva et. al., 2020).

As novas tecnologias são importantes como recurso de fonte de informação e promoção em saúde (Loureiro, 2018). Pensando no processo de globalização, a rapidez no acesso e amplo alcance geográfico, percebe-se a necessidade da utilização dos meios virtuais como ferramenta para fomentar ações educativas (Labegalini et. al., 2016). Os ambientes virtuais requerem atenção para suas diferentes possibilidades e alcances para a educação, como um espaço de construção de identidades, espaço de troca com o outro, produção de saberes e compartilhamento de valores e pluralidades (Machado; Tijiboy, 2005). Os desafios e as vantagens das intervenções da internet na saúde mental são múltiplos e podem ser implementados nos cuidados de saúde existentes (Schroder et al., 2016).

As tecnologias precisam ser adaptadas de forma flexível às percepções individuais, interações, contextos, dados epidemiológicos, tipo de mídia social e outras interações disponíveis na internet (Velasco et al., 2014; Villanti et al., 2017). As mídias sociais são importantes ferramentas para a informação em saúde, podendo ser utilizadas de forma atrativa e confiável para a disseminação de importantes mensagens de saúde (Villanti, et al., 2017).

A tecnologia aliada a ações de promoção de uma vida saudável no aspecto social, físico e psicológico, de modo a também garantir o uso seguro da mídia, têm especial potencial no compartilhamento de conhecimentos e experiências (Silva et. al., 2020). A saúde pública tem como um dos objetivos explorar novas abordagens e identificar indivíduos em risco de violência auto infligida sem aumentar os custos ou adicionar encargos ao sistema clínico já presente. Esse esforço pode se beneficiar da introdução e proliferação de

tecnologias de mídia social emergentes. A mídia social forneceu aos pesquisadores novos caminhos para empregar métodos automatizados para analisar a linguagem e entender melhor os pensamentos, sentimentos, crenças, comportamento e personalidades dos indivíduos (Braithwaite, 2016). Esses diferentes objetivos podem ser atingidos em intervenções preventivas que envolvam as redes sociais virtuais, pois, ao longo da última década, a internet tem se tornado cada vez mais influente na vida das pessoas, especialmente na dos jovens (Robinson et al., 2014).

Na internet, o tema suicídio é facilmente acessível e pode propiciar o encontro de pessoas interessadas no assunto (Niezen, 2013). Tais aspectos podem potencializar efeitos positivos ou negativos sobre a saúde psicológica dos usuários, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade (Daine et al., 2013). O aumento do acesso é acompanhado de pesquisas emergentes sobre como a internet pode facilitar, encorajar ou prevenir o comportamento suicida (Krysinska et al., 2017). Existe um potencial para a prevenção do suicídio usando-se as mídias de forma protetiva, o que pode, por sua vez, mudar atitudes (Lewis; Seko; Joshi, 2018; Brown et al., 2019). O uso de material educacional para a prevenção do suicídio pode aumentar o conhecimento sobre a prevenção do suicídio entre vulneráveis e a exposição a esse tipo de conteúdo pode reduzir a ideação suicida (Till et al., 2017).

EXPLICITAÇÃO DOS OBJETIVOS

- Discutir as possibilidades e recursos de literacia em saúde mental a partir das tecnologias educativas e ambiente virtual para a prevenção da violência autoinfligida.
- Refletir sobre a literacia para a prevenção da violência autoinfligida no tocante à comunicação segura.

MÉTODO/DESENVOLVIMENTO

Este capítulo foi elaborado a partir de um estudo desenvolvido para apresentar conhecimentos atualizados e reflexões sobre a literacia em saúde mental promovida por meio de ambientes virtuais. Para isso, buscou-se a fundamentação em literatura científica atualizada e pertinente para que o conteúdo apresentado pudesse fornecer uma perspectiva humanizada e crítica, mas também fundamentada em evidências científicas.

Em cada tópico, foram incluídos estudos originais e revisões de literatura que apresentassem os conceitos centrais empregados, resultados obtidos em pesquisas, implicações para a prática clínica e orientações para futuras investigações. Buscou-se discutir o conhecimento disponível na literatura, articulando-o às demandas atuais relacionadas ao contexto da pandemia, com intuito de instigar reflexão e discussão em torno dos assuntos abordados.

RESULTADOS

Uso da literacia em saúde para prevenção da violência autoinfligida: produção de tecnologias educativas

Tecnologias educativas em saúde são compreendidas como produtos ou processos que colaboram na assistência contribuindo para aprendizagem em saúde e mudança social (Nietsche, Teixeira & Medeiros, 2014). Com a globalização, as tecnologias educacionais têm sido amplamente difundidas em ambientes virtuais e podem potencializar ações para promover literacia (LaBegalini et. al., 2016). As tecnologias educativas podem ser empregadas na formação de recursos humanos em saúde e literacia social, promovendo melhores atitudes e qualificação para a assistência a pessoas com comportamento suicida (Vedana et al, 2017; Chauillac et al., 2016) e autoconhecimento e empoderamento sobre o cuidado social em saúde mental.

Para a produção de tecnologias em saúde é essencial que as intervenções sejam fundamentadas em evidências e sustentadas por uma abordagem pedagógica (Torok et al., 2017). A pesquisa metodológica é amplamente utilizada na construção de tecnologias educativas em saúde e tem como objetivo a construção de ferramentas confiáveis e que possam ser empregadas por profissionais e pesquisadores e envolvem métodos elaborados de pesquisa (Polit & Beck, 2011). Tal abordagem utiliza de maneira sistemática conhecimentos pré-existent para elaboração de novas ferramentas ou adequação de alguma existente, com intuito de agregar conhecimento a estes materiais (Polit & Beck, 2011).

Frente à produção e uso de tecnologias educativas é importante organizar todo o processo de produção que está associado a identificação de demanda, público-alvo, características contextuais, suporte teórico-científico, tipo de tecnologia a ser desenvolvida e necessidade acrescidas (custo-benefício, encargos financeiros, suporte de profissionais de outras áreas), avaliação do uso pelo público-alvo, estratégias de divulgação ou alcance do público-alvo e avaliação final do processo de desenvolvimento.

As tecnologias educativas em saúde abrangem uma diversidade de produtos e processos, sendo essa abrangência relacionada ao objetivo, expectativas e outras características do contexto a ser utilizado. Nesse sentido, é importante que a escolha da produção e uso das tecnologias em saúde sejam especialmente adequadas a características da tecnologia educativa e do público-alvo. Por se tratar de temática sensível, a produção e o uso de tecnologias educativas em saúde na prevenção da violência autoinfligida requer responsabilidade e reflexão de alguns pontos (OMS, 2000):

- Uso de informações subsidiadas em literatura científica;
- Cuidado na interpretação e uso de informações epidemiológicas;
- Evitar generalizações e associações da violência autoinfligida com fatores isolados;
- Evitar descrições e exposição de métodos e locais de maior ocorrência;
- Evitar romantização ou glamourização do comportamento ou vítimas da violência autoinfligida;
- Levantar em consideração os impactos nos familiares, sobreviventes e vítimas em relação ao estigma sofrimento familiar;
- Trabalhar os sinais de alerta e os principais estigmas em relação a violência autoinfligida;
- Fornecer lista de contatos da rede de suporte (serviços de saúde mental, centro de valorização da vida - CVV);
- Fortalecer fatores de proteção, pertencimento e coesão social.

Com a globalização, muitas tecnologias em saúde vêm sendo desenvolvidas para o ambiente virtual. O ambiente virtual potencializa maior disseminação de informações, maior alcance de diferentes públicos, maior alcance independente da territorialidade e uso de ferramentas facilitadoras. O meio virtual também é utilizado com diversas finalidades e seu uso aumentou em decorrência da pandemia de COVID-19, sendo um ambiente que pode facilitar a redução do sentimento de solidão, aumento do pertencimento e fortalecimento de vínculos. Por estas características ações com o uso de tecnologias educativas e promoção da literacia em saúde nos ambientes virtuais podem ser boas alternativas para prevenção da violência autoinfligida.

Uso da literacia em saúde para a promoção da saúde mental: iniciativas para ambientes virtuais

A literacia vem sendo alvo de pesquisas e intervenções em saúde mental. Na literatura são encontradas diferenças em relação aos conceitos, atributos e dimensões da literacia. Contudo, geralmente, a literacia está relacionada à capacidade de compreender informações relacionadas à saúde, fatores de risco, tratamentos e aptidão para tomar melhores decisões ligadas à saúde (Huhta et al., 2018).

A aplicação da literacia à saúde mental permite melhorias na identificação precoce de problemas e agravos ligados à de saúde mental, melhores atitudes (Tay et al., 2018), aumento na autoeficácia (Brijnath et al., 2016), emprego de estratégias de enfrentamento mais saudáveis e menos estigma (Tay et al., 2018).

Muitos estudos e intervenções relacionadas à literacia em saúde mental buscam promover e difundir o conhecimento concordante com o saber científico a respeito de: redução de sintomas (Brijnath et al., 2016), reconhecimento precoce de sinais de risco (M. Torok et al., 2019), busca por apoio especializado (Olliffe et al., 2016), redução do estigma e do auto estigma (Brijnath et al., 2016; Kennedy et al., 2018).

De modo geral, a efetividade das ações promotoras de literacia em saúde mental dependem do tipo de estratégia, nível e frequência de exposição, interatividade e envolvimento da comunidade, atratividade dos recursos, adaptação ao público-alvo (Tay et al., 2018), sustentação por abordagens pedagógicas e conteúdos baseados em evidências (Michelle Torok et al., 2017).

As intervenções que estão voltadas para a promoção da literacia ainda estão mais focadas em reconhecimento de fatores de risco, problemas mentais e situações de risco, busca de ajuda e redução de estigma (Batterham et al., 2019). Apresentaremos a seguir, recursos desenvolvidos pelas autoras deste capítulo, que inovaram por abranger fatores de proteção, recursos para o autocuidado em saúde mental, conhecimentos aplicáveis ao cotidiano das pessoas, assuntos atuais, bem como a complementaridade entre ações abrangentes e ações adaptadas para públicos específicos (por exemplo: de acordo com a idade ou condições específicas de vulnerabilidade).

Antes da pandemia, os recursos para promoção da literacia ainda necessitavam de maior atenção dos estudiosos e clínicos. Com a necessidade de maior distanciamento social, houve um crescimento significativo do uso da internet para finalidades diversas. Assim, as iniciativas virtuais para promo-

ção da saúde mental têm crescido e são promissoras, embora ainda precisem ser mais avaliadas. (Zalsman et al., 2020; Pruitt et al., 2020).

Uma das iniciativas que será apresentada neste capítulo é o site Inspiração (www.inspiracao-leps.com.br), um website brasileiro que foi desenvolvido para promover a literacia relacionada à saúde mental e prevenção do comportamento suicida. Este site possibilita o acesso a diversos conteúdos desenvolvidos pelo Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS), tais como: e-books, artigos científicos, cartilhas, folders, vídeos, podcasts, posts de especialistas sobre assuntos atuais e relevantes, ferramenta para o desenvolvimento de planos de gestão de crises. Além de oferecer um amplo repositório de conteúdos, o website possibilita que as pessoas enviem conteúdos anônimos para serem postados (sobre motivos para viver, histórias de apoio e superação e mensagens inspiradoras). Os conteúdos recebidos são filtrados por mediadores especialistas em saúde mental, antes de ficarem visíveis para outras pessoas no site. Este website não oferece atendimento virtual (como ocorre em outros dispositivos para terapia online ou chats para apoio emocional).

Uso da literacia em saúde para prevenção da violência autoinfligida: comunicação segura em ambientes virtuais

Estudos que abordam a comunicação e a prevenção de suicídio no ambiente on-line fornecem recomendações intuitivas que não são suficientemente apoiadas por evidências científicas e a eficácia da comunicação segura para prevenir o suicídio em ambiente on-line requer mais investigação. Ainda precisam ser exploradas as evidências para subsidiar as intervenções de saúde fornecidas pela internet (Rogers et al., 2017).

As recomendações sobre conteúdos para a prevenção do suicídio incluem conteúdos que estimulem a busca de ajuda, apoio social, educação em saúde mental, autocuidado, esperança e recuperação (Robinson et al., 2018; Mishara, Dargis, 2019). É importante atentar-se para a comunicação segura sobre o comportamento suicida, evitando ou substituindo termos. Recomendações sobre a linguagem evitam o uso de “suicídio cometido”, “suicídio total”, “suicídio bem-sucedido”, “tentativa fracassada de suicídio”, frisando que nenhuma das recomendações foi reforçada por dados empíricos, mas sim pelo bom senso, e acreditando que essa mudança poderia ajudar a reduzir o estigma ou a percepção sobre um termo pejorativo. O termo recomendado para uso nesse caso, na maioria das diretrizes, foi “morreu por suicídio” (Robinson et al., 2018; Mishara, Dargis, 2019).

É importante também evitar descrever métodos de suicídio, afirmar que o suicídio é inexplicável ou dar uma explicação simples, dizer que o suicídio é frequente em determinadas circunstâncias específicas, afirmar que um grupo específico está em risco e glorificar ou romantizar o suicídio. Em publicações sobre a temática em redes sociais virtuais, recomenda-se evitar discussões e especulações nas seções de comentários, avisando o responsável pela postagem que o conteúdo não é seguro e/ou excluindo a postagem com conteúdo nocivo se a plataforma permitir (Robinson et al., 2018). O material gráfico pode ser um gatilho importante entre indivíduos vulneráveis, como conteúdo relacionado à ALNS, descrição de métodos, locais, sendo, portanto, evitados (Lewis et al., 2012).

Outra recomendação importante principalmente para avaliar ou obter informações relacionadas à segurança on-line inclui atentar-se aos sinais de alerta e às informações sobre a atividade on-line: tipo de atividade, frequência, avaliação de associação entre os comportamentos de risco e uso da internet, redes sociais, compartilhamento de vídeo/imagens, os tipos de vídeos/fotos e os conteúdos das postagens (Lewis et al., 2012). Também deve-se ter cuidado ao compartilhar experiências pessoais, risco de exposição on-line e memoriais. Em relação às páginas conhecidas como “memoriais” e “grupos”, criados para homenagear o ente querido que morreu por suicídio, recomendou-se incluir “termos de uso”, perguntando a todos os membros/seguidores potenciais da página ou grupo se aceitam os termos de uso antes de aprovar participação nas páginas/grupos (Robinson et al., 2018). A mediação e o preparo dos usuários são importantes para evitar danos, como exposição excessiva, comportamentos imitativos, julgamentos, dentre outros.

CONCLUSÕES

As informações presentes neste capítulo, são pertinentes para o aumento do conhecimento em saúde mental, disponibilizando informações e oferecendo orientações que podem ser úteis para a literacia na promoção da saúde mental e prevenção da violência autoinfligida. Espera-se que o material possa contribuir com reflexões e diálogos em diferentes contextos para o uso de tecnologias educativas e do ambiente virtual para ações de prevenção da violência autoinfligida.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Brennan, G. K. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), e41. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30226-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30226-1)
- Batterham, P. J., Han, J., Calear, A. L., Anderson, J., & Christensen, H. (2019). Suicide Stigma and Suicide Literacy in a Clinical Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1136–1147. <https://doi.org/10.1111/sltb.12496>
- Braithwaite, S. C. et al. (2016) Validating Machine Learning Algorithms for Twitter Data Against Established Measures of Suicidality. *Journal of Medical Internet Research*, v. 3, n. 2, p. e. 21, p. 1-10
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. (2016). Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? results from a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), 1–13. <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
- Brown, R. et al. (2019). Can acute suicidality be predicted by Instagram data? Results from qualitative and quantitative language analyses. *PLOS ONE*, v. 14, n. 9, p. 1-12, 10
- Centers for Disease Control and Prevention. (1918) Pandemic (H1N1 virus). URL: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>
- Daine, K. et al. (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*, v. 8, n. 10, p. e77555
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & The COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hughes, H., MacKen, M., Butler, J., & Synnott, K. (2020). Uncomfortably numb: Suicide and the psychological undercurrent of COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 159–160. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.49>
- Huhta, A. M., Hirvonen, N., & Huotari, M. L. (2018). Health literacy in web-based health information environments: Systematic review of concepts, definitions, and operationalization for measurement. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12). <https://doi.org/10.2196/10273>
- John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., & Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *The BMJ*, 371(November), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4352>
- Jorm AF. Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental health disorders. *Br. j. psychiatr.* 2000 Nov; 177(5): 396-401.
- Krysinska, K. et al. (2017). A Mapping Study on the Internet and Suicide. *Crisis*, v. 38, n. 4, p. 217-226

- Lewis, S. P.; Seko, Y.; Joshi, P. (2018) The impact of YouTube peer feedback on attitudes toward recovery from non-suicidal self-injury: An experimental pilot study. *Digit Health* [Internet], DOI: 10.1177/2055207618780499. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055207618780499>
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B., et al. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(22):4581. Available from <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Kennedy, A. J., Brumby, S. A., Versace, V. L., & Brumby-Rendell, T. (2018). Online assessment of suicide stigma, literacy and effect in Australia's rural farming community. *BMC Public Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5750-9>
- Labegalini, C.M.G; Nogueira, I.S.; Rodrigues, D.M.M.R; Almeida, E.C., Bueno, S.M.V. Baldissera, V.D.A. (2016) Educational action research on Facebook®: combining leisure and learning. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(spe):e64267. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.64267>.
- Loureiro, L.M.J., Mendes, A.M.O.C., Barroso, T.M.M.D.A., Santos, J.C.P., Oliveira, R.A., Ferreira, R.O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 6 - Mar.
- Loureiro, A.C. (2018) LITERACY AND POSITIVE MENTAL HEALTH: Translation e validation of a mental health literacy evaluation instrument. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Machado, J.R., Tijiboy, A.V. (2005). *Redes Sociais Virtuais: um espaço para efetivação da aprendizagem cooperativa*. *Novas Tecnologias na Educação*, v. 3, n. 1.
- Marques, J. (2015). *Literacia em saúde: avaliação através do european health literacy survey em português num serviço de internamento hospitalar*. Instituto Universitário de Lisboa. *Dissertação de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde*.
- Niezen, R. (2013) Internet suicide: Communities of affirmation and the lethality of communication. *Transcultural Psychiatry*, v. 50, n. 2, p. 303-22
- Oliffe, J. L., Hannan-Leith, M. N., Ogradniczuk, J. S., Black, N., Mackenzie, C. S., Lohan, M., & Creighton, G. (2016). Men's depression and suicide literacy: a nationally representative Canadian survey. *Journal of Mental Health*, 25(6), 520–526. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1177770>
- Pruitt, L. D., Mcintosh, L. S., & Reger, G. (2020). Suicide Safety Planning During a Pandemic: The Implications of COVID-19 on Coping with a Crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 741–749. <https://doi.org/10.1111/sltb.12641>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Lewis, S. P. et al. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, v. 6, n. 13. [10.1186/1753-2000-6-13](https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-13).

- Mi, B., Xiong, Y., Chen, L., Panayi, A. C., & Liu, G. (2020). Long-term suicide prevention during and after the COVID-19 epidemic. *British Journal of Surgery*, 107(9), e342. <https://doi.org/10.1002/bjs.11794>
- Mishara, B. L.; Dargis, L. (2018) Systematic comparison of recommendations for safe messaging about suicide in public communications. *J Affect Disord.*, v. 244, p. 124-154 DOI: 10.1016/j.jad.2018.09.031.
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6 (10): 1–9. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019; 364 <https://doi.org/10.1136/bmj.194>
- Nelson, P. A., & Adams, S. M. (2020). Role of Primary Care in Suicide Prevention During the COVID-19 Pandemic. *The journal for nurse practitioners : JNP*, 16(9), 654–659. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.07.015>
- Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., . . . The International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide research, prevention, and COVID-19: Towards a global response and the establishment of an international research collaboration. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(5), 321-330. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000731>
- Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. (2014). Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o emponderamento do/a enfermeiro/a? Porto Alegre: Moriá.
- Nock MK. Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6:339-363. Available from <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Vol. 15, N°. 3, pp. 259-267.
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – a perfect storm? *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
- Robinson, J. et al. (2014). The Development of a Randomised Controlled Trial Testing the Effects of an Online Intervention among School Students at Risk of Suicide. *BMC Psychiatry*, v. 14, n. 155
- Robinson, J. et al. (2018). The #chatsafe project. Developing guidelines to help young people communicate safely about suicide on social media: A Delphi study. *PLoS One*, v. 13, n. 11, e0206584. DOI:10.1371/journal.pone.0206584.
- Rogers, M. A. et al. (2017). Internet-Delivered Health Interventions That Work: Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability. *J Med Internet Res*, v. 19, n. 3
- Vedana, K., & Zanetti, A. (2019). Attitudes of nursing students towards the suicidal behavior. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>

- Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., Pelikan, J. (2014) *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em português (HLS-EU-PT)*. Apresentado no VIII Congresso Português de Sociologia: 40 anos de democracias: progressos, contradições e perspectivas, 1-15.
- Silva, A.S., Felício, J.F., Moura, I.S., Ferreira, L.C.C., Souza, J.C.G., Carvalho, C.M.L. (2020). Educational action with High School adolescents: a reflection on self-image and food disorders. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-15, e724974908
- Schroder, J. et al. (2016). Internet interventions for depression: new developments. *Dialogues Clin Neurosci.*, v.18, n. 2, p. 203-12.
- Till, B. et al. (2017). Beneficial and harmful effects of educative suicide prevention websites: randomised controlled trial exploring Papageno v. Werther effects. *The British Journal of Psychiatry*, v. 211, n. 2, p. 109-115
- Torok, M., Caezar, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of Adolescence*, 73(April), 100–112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>
- Torok, Michelle, Caezar, A., Shand, F., & Christensen, H. (2017). A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 672–687. <https://doi.org/10.1111/sltb.12324>
- Vedana, K., Pereira, C., dos Santos, J., Ventura, C., Moraes, S., Miasso, A., et al. (2017). The meaning of suicidal behaviour from the perspective of senior nursing undergraduate students. *International Journal of Mental Health Nursing*. [Internet]. Dec 28 [cited 2018 Mar 6] <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12431>
- Vedana, K., Magrini, D., Zanetti, A., Miasso, A., Borges, T., dos Santos, M.. (2017). Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. [Internet], 651-9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jpm.12413>
- Velasco, et al. (2014). Social Media and Internet-Based Data in Global Systems for Public Health Surveillance: A Systematic Review. *Milbank Quarterly*, v. 92, n. 1, p. 7-33.
- Villanti, A. C.; Johnson, A. L.; Rath, J. (2017). Social Media Use and Access to Digital Technology in US Young Adults in 2016. *Journal of Medical Internet Research*, v. 19, n. 6
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(6), 1024–1037. <https://doi.org/10.1111/eip.12695>
- Wasserman I. M. (1992). The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide & life-threatening behavior*, 22(2), 240–254. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1626335/>

- World Health Organization. (2013). Health literacy: the solid facts. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2017). WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDP) for the Control and Management of NCDs: Concept Note for WHO GCM/NCD Working Group 3.3 on Health Education and Health Literacy for NCDs. Geneva: WHO. 2017. Disponível em <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/workinggroups/GCM-NCD-Health-Literacy-Demonstration-Projects.pdf?ua=1>.
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: global health estimates. [Internet] Disponível <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923921. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921>
- Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, D. E., Carli, V., & Mehlum, L. (2020). Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 477–482. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1830242>
- Zortea, T. C., Brenna, C., Joyce, M., McClelland, H., Tippett, M., Tran, M. M., Arensman, E., Corcoran, P., Hatcher, S., Heisel, M. J., Links, P., O'Connor, R. C., Edgar, N. E., Cha, Y., Guaiana, G., Williamson, E., Sinyor, M., & Platt, S. (2020). The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. *Crisis*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>

As múltiplas violências nas cidades e florestas da amazônia e o impacto na saúde mental com a pandemia a COVID-19

*Eunápio Dutra do Carmo,
Milene Maria Xavier Veloso,
Patrícia Regina Bastos Neder*

O capítulo discute o agravamento da saúde mental durante a pandemia nas cidades e florestas da região amazônica, atingindo grupos sociais periféricos e comunidades tradicionais (populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas), cujos corpos-territórios são atravessados por históricos problemas estruturais. Parte-se da compreensão que as múltiplas violências se desdobram em sofrimentos psíquicos diversos, implicando em processos de adoecimento que potencializaram transtornos mentais, sintomas de estresse, depressão, ansiedade, bem como os casos de suicídio. Adota-se a abordagem interdisciplinar somada à opção pela pesquisa de campo e documental e desenvolve-se reflexões teóricas no campo da psicologia e sociologia que incidem em análises que apontam como resultado a permanência da desigualdade socioespacial como fenômeno social produtor de intensas vulnerabilidades objetivas e subjetivas. Por outro, constata-se que a integração de crises (social, econômica, climática e pandêmica) revela afetações nos modos de vida e nas relações sociais, sendo imperativo formas de enfrentamento nos campos epistemológicos que combata a visão reducionista dos problemas psíquicos e oriente novas redes de proteção tanto na garantia dos direitos humanos como também no incremento e eficácia dos programas na área da saúde pública, entendidos como resultantes da determinação social em saúde.

INTRODUÇÃO

As múltiplas violências e os sofrimentos psíquicos são indissociáveis e atravessados por processos de desigualdade social que revelam impactos na materialidade da vida e nas subjetividades. Nas singularidades da Amazônia esses fenômenos são exponencialmente maiores em função de sua história de ocupação e dominação na região (CASTRO, 2017; PORTO-GONÇALVES, 2015). Com a pandemia do COVID 19, notou-se que as questões

psicossociais potencializaram transtornos mentais, sintomas de estresse, depressão, ansiedade, bem como os casos de suicídio.

No entanto, observa-se que há um esforço em ocultar que tais problemas são decorrentes do processo histórico-estrutural das condições de vida degradantes e ausência de serviços públicos, situando-o apenas numa interpretação conjuntural dos fenômenos sociais. Assim sendo, tipos e condições de moradia, localização, qualidade do ar, acesso a serviços de saúde, saneamento básico, grau de autoproteção (isolamento), acesso à renda mínima apontam, como evidencia Acserald (2020), para condições de vulnerabilidade social, como é o caso de Belém, capital do Estado do Pará. Por outro lado, os povos e comunidades tradicionais dos campos, florestas e águas estão sendo destruídos por grandes empreendimentos econômicos que invadem territórios ancestralmente ocupados e causam danos irreparáveis. O avanço do desmatamento, queimadas, contrabando de madeiras e a destruição da biodiversidade revelam que além do genocídio sanitário que atinge povos das florestas, há evidência de ecocídio e etnocídio.

Inspirados numa abordagem interdisciplinar, o presente capítulo objetivou compreender os impactos na saúde mental durante a pandemia nas cidades e florestas da região amazônica. Metodologicamente, o trabalho terá uma abordagem histórico-crítica da desigualdade social em saúde com opção pela pesquisa de campo e documental, buscando alinhar procedimentos teórico-metodológicos sobre o atual estágio da pandemia e as afetações causadas na saúde mental tanto na cidade como também nos campos, florestas e águas.

Os autores têm inserção em áreas que contemplam o escopo mencionado, fazendo recorte na cidade de Belém-Pará e nos municípios do Marajó Ocidental. Assim, pretende-se compreender a desigualdade social como fenômeno do concreto e do subjetivo das relações sociais. Nessa direção, as demandas psicológicas emergentes na pandemia tornaram bem complexas as formas de atuação, questionaram a “normalidade” de tratamentos da realidade social dos sujeitos, passando a exigir novas práxis diante de problemas históricos que se avolumaram na pandemia como, por exemplo: violência doméstica/intrafamiliar, transtornos psicológicos e violências múltiplas em povos e comunidades tradicionais.

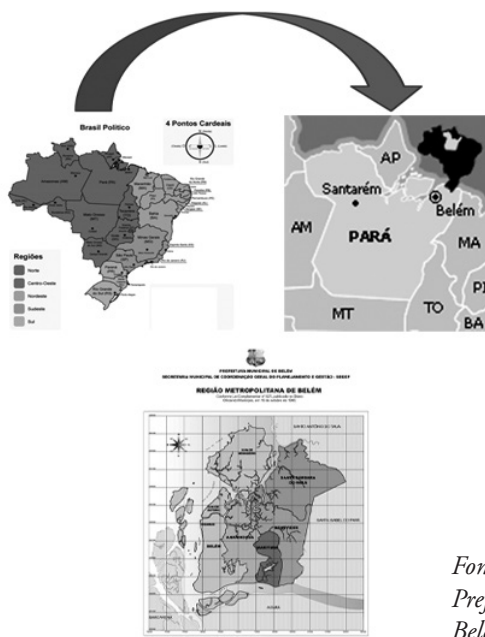
As populações periféricas das cidades - em especial mulheres, negros, crianças e adolescentes e jovens - são violentados diariamente pela discriminação, pelo racismo estrutural, por abusos sexuais e maus tratos. A pandemia exacerbou que a política de saúde brasileira reflete a extrema desigualdade

do país, ou seja, a escolha de quem vive e morre passa, necessariamente, pela classe social e seus privilégios. Nesse sentido, pretende-se discutir o agravamento de problemas relativos à saúde mental, bem como, o incremento de casos de violência doméstica que em parte refletem as condições econômicas mencionadas acima, mas, também o colapso provocado pela pandemia que aprofundou os dramas psicossociais.

Considerações sobre as violências contra crianças, adolescentes e violência doméstica em Belém-Pará-Brasil

Em 2020, estimava-se que 69,8 milhões de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade residiam no Brasil. Proporcionalmente, entretanto, a Região Norte é aquela a apresentar maior concentração de crianças e adolescentes, superando 41% de sua população (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021). Em Belém-Pará numa população residente de 1.393.399 habitantes, 32,35% da população do município é composta por crianças e adolescentes (IBGE, 2010). A localização da cidade de Belém-Pará pode ser visualizada na Figura 1.

Figura 1: localização da cidade de Belém-Pará-Brasil e região metropolitana



Fonte Google imagens e Prefeitura Municipal de Belém (2017)

A violência é um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo, tem se configurado como um problema social e histórico, presente em todas as sociedades (KRUG ET AL, 2002). A violência é um termo que se utiliza para designar uma grande variedade de situações, e por esta razão pode conter em sua percepção e identificação, confusões e controvérsias. Por outro lado, pode ser observada pela perspectiva de diferentes disciplinas e com interesses distintos, além disso, é um fenômeno frequente na sociedade, e atualmente considerado um grave problema de saúde pública no Brasil (BANNWART & BRINO, 2011, 2012).

Quando se observa a violência praticada contra a criança e o adolescente a forma mais frequente de maus-tratos contra essa parcela da população é a violência doméstica, que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares e no convívio familiar (AZEVEDO & GUERRA, 1988; 1993; BRASIL, 2002, 2010; CECCONELLO & KOLLER, 2003; FALEIROS & FALEIROS, 2007; VELOSO et al, 2013).

Tem sido considerada como violência doméstica variadas formas da chamada violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, outras) que ocorrem no âmbito da família (intrafamiliar), sendo perpetradas por um (a) ou mais autores (as) com laços de parentesco consanguíneo ou por afinidade (vínculo conjugal formal ou informal) com a vítima. Considera-se ainda os vínculos afetivos e/ou relações de poder (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) entre autor (es) e vítima(s), independente do local de ocorrência, ou seja, pode acontecer tanto dentro como fora do domicílio (BRASIL, 2010).

Situações de violência física, abuso sexual e violência psicológica causam enorme impacto no desenvolvimento emocional, cognitivo e sócio afetivo de crianças e adolescentes. Nesse cenário tem sido identificado a maior vulnerabilidade de meninas e meninos frente à violência sexual/física/psicológica cometida por pessoas próximas, o que tem sido um preditor de relações violentas na fase adulta e de comprometimentos da saúde mental. O uso de castigos físicos como prática disciplinar ainda é recorrente e atual, o que demonstra a manutenção da violência baseada no gênero e reforça a perspectiva da violência presente no ciclo geracional das famílias e por conseguinte da sociedade. (CECCONELLO, DE ANTONI & KOLLER (2005); AZEVEDO E GUERRA (1988), FERRAZ, VELOSO & CABRAL 2021). As situações de violência podem desencadear problemas permanentes para o desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes ao longo do ciclo de vida.

A configuração, a tipologia e as consequências da violência podem variar em função da etapa de desenvolvimento das vítimas no momento da agressão e das características da violência, como o tempo de exposição e vínculo com os autores de agressão. Nesse sentido, a partir de 2011, o Ministério da Saúde incluiu no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) a violência como de notificação compulsória, passando a constituir uma obrigação de todo cidadão, em especial de profissionais da saúde e educação, notificar casos de violência, ainda que suspeitos.

Além disso, tem sido apontado em estudos nacionais e internacionais a relação entre a exposição à violência e problemas de saúde mental, em crianças e adolescentes o que reforça a necessidade de conhecer as características desse fenômeno para poder planejar ações de enfrentamento. Na Universidade Federal do Pará desde 2015, vem sendo desenvolvida uma pesquisa coordenada pela profa. Milene Veloso, umas das autoras do presente capítulo, com o objetivo de caracterizar o perfil da violência cometida contra adolescentes a partir das notificações realizadas pelo setor saúde no estado do Pará. O referido estudo de caráter epidemiológico e descritivo utilizou como fonte os dados o SINAN, no período de 2009 a 2019. Foram identificados 21.798 casos de violência contra crianças e adolescentes neste período, sendo que deste total, 83,54% eram do sexo feminino. A faixa etária mais atingida para ambos os sexos foi de 12 a 14 anos, correspondendo a 57,91% das notificações. A violência de maior predominância foi a sexual, seja ocorrendo isoladamente (30,96%) ou em interação com outros tipos, como a física e a psicológica (15,44%). Meninas vivenciaram violência sexual em maior proporção (57,65%), mas adolescentes de ambos os sexos obtiveram percentuais aproximados em relação à violência física. A violência ocorreu em maior proporção na residência (67%). Para ambos os sexos, conhecidos são os principais autores da agressão (47,17%), no entanto, para as meninas, namorados também se destacam nesta posição (11,75%).

Esses estudos realizados em Belém-Pará-Brasil, a partir da sistematização das informações contidas nas Fichas de Notificação de Violência (SINAN/DATASUS) tem demonstrado a fragilidade do direito à vida de crianças e adolescentes ao longo do ciclo de vida pré-pandemia, o que já representava um cenário a ser agravado com a pandemia de covid 19. A violência intrafamiliar como um padrão cultural/geracional tornou ainda mais cruel o cenário de vida das crianças e adolescentes e mulheres, em especial os mais vulneráveis. Portanto é central o papel do profissional de saúde, educação e

da rede de proteção; em especial agora na pandemia, bem como é urgente a intensificação de políticas públicas de proteção às crianças, às famílias e à comunidade nessa crise por muitos anos.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o novo coronavírus (covid-19) uma pandemia mundial. A propagação do vírus em escala global, por seu alto nível de transmissão, contaminação e letalidade, provocou impactos diversos em todos os países do mundo, expondo as já acentuadas condições de desigualdade entre os países. Essa desigualdade também é visível entre as regiões do Brasil e um exemplo mencionado no Relatório da Fundação Abrinq (2021), que divulgou que entre os meses de julho e novembro de 2020, em média, 1,66 milhão de crianças e adolescentes de até 17 anos de idade informaram não estar estudando. Esses contextos de desigualdade e de violência se tornam ainda mais complexos quando se analisa os contextos amazônicos e suas peculiaridades, além disso, não está claro quando se observa a gestão governamental quais as principais estratégias para enfrentar os impactos da pandemia nesse complexo contexto de violência no Brasil e em especial na Região Norte.

Considerações sobre violência, saúde mental e a pandemia de covid 19 em estudantes universitários:

A violência se relaciona com a saúde mental em diferentes aspectos. Se voltamos o olhar para as políticas públicas em saúde mental, a violência se associa à produção do sofrimento psíquico, assim como ao acesso ao tratamento, à contextos institucionais angustiantes para as pessoas enfermas e às formas ocultas e quase impercebíveis de dominação. Neste sentido compreender o significado de saúde, e as formas de intervenção junto à sociedade, em múltiplos contextos, é fundamental para reflexões importantes e a implementação de serviços em saúde.

A definição de saúde é algo mais amplo que as manifestações das doenças, pois inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Nesta perspectiva, doenças mentais é muito mais do que algo voltado diretamente à psiquiatria, uma vez que pessoas com diagnósticos de transtornos mentais são capazes de trabalhar, construir vida social e viver com qualidade. (GAINO, SOUZA, CIRINEU, & TULIMOSKY, 2018).

As instituições que trabalham com atendimento em saúde mental sofreram mudanças e atualizações ao longo da história brasileira. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) o modelo manicomial foi modificado a

partir de novas políticas em saúde. (QUINDERÉ, & JORGE, 2010). As mudanças geraram uma reorganização da assistência em saúde mental, que estendeu os recursos para além dos muros de hospitais psiquiátricos, incluindo serviços comunitários entre outros dispositivos da rede de atenção à saúde mental. As discussões acerca do novo modelo de intervenção em saúde mental se intensificaram a partir do ano 2000, e conseqüentemente a valorização dos aspectos subjetivos e sociais do ser humano fortaleceram a necessidade da assistência psicológica.

Vários segmentos da sociedade passaram a buscar assistência psicológica, incluindo as instituições de ensino superior. As propostas de espaços de acolhimento aos estudantes universitários são medidas importantes para o processo de adaptação às exigências acadêmicas, além de apoiar, de forma qualificada, o estudante universitário que percebe dificuldades emocionais e psicológicas ao ingressar no ensino superior. Desse modo, o aconselhamento psicológico se consolidou como uma ferramenta fundamental no contexto de educação aos profissionais em formação acadêmica.

O aconselhamento psicológico é uma das estratégias mais utilizadas no campo da saúde, como forma de proporcionar acesso a informações, e espaço para a expressão de sentimentos e dificuldades no domínio dos processos de saúde-doença. Portanto, fica estabelecida a prática profissional em saúde, o campo de pesquisa acerca da relação de ajuda estabelecida entre profissionais e clientes. E vem sendo incluída como processo educativo voltado à promoção da saúde. Trata-se de uma intervenção preventiva em saúde pública, com a proposta de identificar, tratar e monitorar riscos à sua saúde do indivíduo (MORENO et al,2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende o aconselhamento como o estabelecimento de relações e condições favoráveis para que o indivíduo avalie seus problemas e tome decisões. Enquanto o Ministério da Saúde (2017), considera como escuta ativa, individualizada, centrada no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer relações de confiança entre profissional e cliente, com objetivo de desenvolver seus recursos internos, o incentivando para o auto monitoramento da sua saúde e mudanças necessárias. Dessa forma, o trabalho envolve lidar com problemas de ordem afetiva, desenvolvendo potencialidades e recursos internos, de acordo com uma proposta centrada na pessoa (ROGERS, 2001).

A saúde pública, no Brasil, tem sido debatida a partir do processo de redemocratização do país, visando uma reforma sanitária desde as últimas déca-

das do século XX. Eventos como a Reforma Psiquiátrica, a inserção do direito à saúde como responsabilidade do Estado a partir da Constituição Federal de 1988 e do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como intervenção do Estado brasileiro, marcaram esse período de intencionalidade de acesso a saúde pela grande maioria da população (BARROSO E SILVA, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 com debates acerca da atuação do profissional de Psicologia no processo de redemocratização do país. Esse movimento na saúde pública marcou o início da democratização no acesso a tratamentos e intervenções, com priorização da atenção básica. Isso significou a ampliação do olhar para a saúde no nível remediativo, preventivo e educativo. Nesse sentido a educação em saúde, considera práticas voltadas para o cuidado e para a adoção de atitudes relacionadas ao bem-estar do cliente e do profissional da área, desde sua formação até sua intervenção após a graduação.

Nas faculdades de medicina, os estudantes experimentam altas taxas de sofrimento psicológico, conforme expresso em diversos estudos realizados no Brasil (CHIESA, 2021) A taxa de suicídio em médicos e estudantes de medicina é cerca de três a cinco vezes maior do que a da população em geral (COSTA et al, 2020), fazendo-se necessário, portanto, maior atenção para a ocorrência de tal evento nesse público.

A carga horária acadêmica e os conflitos com o equilíbrio entre as vidas acadêmica e pessoal são os principais fatores estressantes presentes em todos os anos de duração do curso. Apesar disso, há diferenças significativas da prevalência de situações causadoras de estresse entre os diferentes anos de graduação. Por exemplo, a carga horária elevada é o maior estressor entre estudantes do primeiro ano (HILL et al, 2018). Dessa maneira, fica evidente que as obrigações acadêmicas interferem de forma direta e indireta na vida pessoal do estudante, podendo, inclusive, acarretar mal-estar psicológico aos futuros médicos.

Na expectativa de se trabalhar a formação psicológica do futuro médico e acompanhar o desempenho acadêmico se criou o Grupo de Apoio ao Estudante de Medicina (GAPEM) no ano de 1990 na Universidade do Estado do Pará. O objetivo, desde então, era orientar os estudantes do curso médico em sua adaptação às exigências da universidade, e em dificuldades no aprendizado. A demanda foi definida espontaneamente com a procura dos alunos pelos professores de psicologia médica após aulas ministradas no campus universitário. Num primeiro momento as orientações se deram, igualmente, de forma espontânea pelos corredores dos blocos de sala de aula. O interesse

das professoras, responsáveis pelas disciplinas de psicologia médica, fez o projeto acontecer em sala de fácil acesso para os alunos, sem identificação na porta, a fim de evitar exposição a quem as procurassem. Para a efetivação do projeto GAPEM a assessoria pedagógica do curso de medicina contribuiu tanto na elaboração teórica, como na operacionalização da dimensão pedagógica da assistência oferecida aos estudantes. No ano de 2018, o serviço se estabeleceu em sala exclusiva para o aconselhamento psicopedagógico das estudantes do curso de medicina. A iniciativa vem inspirando coordenações dos demais curso da saúde na universidade.

Os atendimentos sempre ocorreram no turno da manhã, período de concentração de atividades e permanência dos alunos no campus universitário, com agendamento prévio junto ao professor, a partir de procura espontânea do aluno. A demanda se mantém frequente e com um número de três atendimentos por aluno, em média. É um número suficiente de encontros para se fazer um aconselhamento psicológico e uma avaliação das demandas do aluno. Nos casos em que se faz necessário um atendimento psicoterapêutico o aluno é encaminhado a instituições de ensino superior da cidade, que possuem clínicas de psicologia, a fim de iniciar seu tratamento, e garantir que as dificuldades em lidar com alguns conflitos pessoais não inviabilize a realização do sonho de se tornar médico.

A escuta ativa exige atenção qualificada para atender a demanda do outro, e no cenário de pandemia, foi bem mais desafiante aos psicólogos. Pois o esforço foi muito maior ao ouvir as angústias e os medos, desencadeados pela possibilidade de contaminação e morte, enquanto os profissionais viviam as mesmas incertezas.

O momento de pandemia mundial chegou impondo mudanças de todas as ordens. No aconselhamento psicológico não foi diferente, foi necessário o uso das tecnologias digitais disponíveis para o seguimento dessa atividade, de forma on-line. O teleatendimento foi indispensável para que os cuidados com a saúde mental dos acadêmicos de medicina, fossem mantidos. No ano de 2020 cento e vinte e cinco estudantes receberam essa assistência, com uma psicóloga e uma pedagoga.

O atendimento psicológico online é praticado em outros países desde os anos 2000, com resultados positivos. Alguns estudos para avaliar a efetividade do sistema têm se mostrado favoráveis à prática, mesmo que para alguns autores haja ressalvas sobre a qualidade do vínculo entre terapeuta e cliente, além de questões éticas sobre a confidencialidade (CFP, 2018).

A princípio, não há nenhuma diferença entre as duas formas de atendimento, presencial e on-line. Pois o mesmo formato que ocorre na consulta realizada presencialmente, também são realizadas através das tecnologias de informação em comunicação, sempre assegurando o sigilo e éticas próprias do atendimento psicológico tradicional, de acordo com o código de ética profissional (2005). Portanto, na prática a relação terapêutica não sofre alterações. O vínculo estabelecido e o acolhimento se estabelecem, assim como as intervenções, a escuta ativa, o feedback, e a palavra do profissional permanecem com a mesma relevância e efetividade no atendimento online.

A cada dia, no serviço do GAPEM, profissionais da saúde e estudantes passavam por adaptações em suas rotinas. Entre a população em acompanhamento, a mudança na funcionalidade de suas casas acrescentou estresse e tensão. Pois as residências que antes eram lugares de descanso e encontros com familiares e amigos, se transformaram em espaços de trabalho e estudo remoto. Como consequência os sinais e sintomas de ansiedade se manifestaram com maior frequência e intensidade. Estudantes, que até o momento não tinham tido esse tipo de sintoma passaram a desenvolvê-lo, e outros apresentaram crises mais graves.

O isolamento social, indispensável como medida de controle da circulação do vírus, foi sentido por alguns alunos como um hábito familiar, enquanto para outros foi uma prisão insuportável. É inquestionável que a socialização é uma prática que acompanha o ser humano do início ao fim de sua vida. Relacionar-se socialmente é uma necessidade constante para o bem-estar integral de uma pessoa. Uma vez que a convivência em grupo poderá promover crescimento, oportunidades e consolo nos momentos difíceis. A impossibilidade de se relacionar presencialmente durante a pandemia foi experienciada, por parte dos alunos, como morte social.

O afastamento entre as pessoas desencadeou sintomas físicos e psicológicos que se confundiam com os da COVID 19. Foram frequentes os registros de falta de ar, de formigamento nos membros superiores ou inferiores, náuseas e pensamentos acelerados, que comprometiam o sono. Os estudantes, em atendimento, estavam ansiosos e amedrontados. E diante de tantas incertezas e de empobrecimento das relações sociais, o uso das técnicas de respiração e meditação foram de muito valor. Os benefícios dessa técnica frente a ansiedade podem alcançar melhoras na saúde física, relacionamentos pessoais e relacionamentos profissionais.

Outras questões envolvendo conflitos familiares se intensificaram, pelo aumento da convivência diária a partir da necessidade do isolamento social. Algumas queixas trazidas por estudantes, nesse sentido, trouxeram a consciência demandas emocionais que precisam ser tratadas, individualmente, com psicoterapia regular.

A partir dessa busca pelo autoconhecimento e a identificação de conflitos psicológicos, que necessitam de cuidados, foi possível a observação de relações sociais nocivas, que sequestram a identidade, sufoca sonhos e o sentido da vida. Durante a pandemia, alguns estudantes, viveram o luto de si mesmos. Houve quem conseguisse reflexões importantíssimas no sentido de resgate de suas vidas. Como se cada notícia de mais pessoas infectadas e mortas pela doença provocasse nelas mais motivação para sobreviver a pandemia, e se resgatarem de si mesmas.

Simultaneamente, houve estudantes universitários que ao se depararem com o colapso do sistema de saúde, a carência de exames e medicações, as incertezas dos médicos diante de uma doença nova, reagiram com as tentativas de suicídio. Pois, continuar vivo para assistir, passivamente, ao caos instalado era proporcional a condenação por pena de morte. A morte nunca esteve tão presente nas vidas desses jovens universitários. Seja quando não conseguiam atendimento, leitos, respiradores ou medicação para seus familiares doentes, ou quando precisaram lidar com a morte de seus amores, sem direito a despedida. Muitos enlutados deprimiram.

Os estudantes universitários são considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, como a depressão (Brasil, 2017). Os problemas que se podem colocar no período de transição e ao longo da experiência acadêmica, desde mudanças geográficas, rigor acadêmico, novas responsabilidades, afastamento da família, novo ambiente interpessoal, pressão e preocupações com o futuro, dificuldades financeiras, dificuldades de acomodação, entre outros, são situações a que os estudantes têm de se adaptar. O uso de substâncias psicoativas para lidar com conflitos emocionais e fracassos acadêmicos são frequentes entre jovens, e na comunidade acadêmica não é diferente (FERNANDES et al, 2017).

A irritabilidade, os episódios de agressividade, o consumo de álcool e outros tipos de substâncias, as dificuldades na concentração, os prejuízos no desempenho escolar e social, a baixa autoestima, a ideação suicida e a adoção de comportamentos da esfera suicidária são manifestações típicas da depressão em adolescentes (Velooso et al, 2019).

Para além do âmbito que enquadra o suicídio restrito as suas dimensões individuais, entenda-se, relacionado aos transtornos mentais, outra vertente ressalta seu aspecto social, no qual este é originado da pressão ordenadora que a coesão social exerce sobre os indivíduos, além de outras influências externas as quais são também fatores de risco a exemplo de abuso sexual, violência, uso de drogas, problemas familiares e relacionados ao gênero (RIBEIRO E MOREIRA, 2018).

A presença de ideação suicida e de comportamentos auto lesivos representam importantes preditores para a tentativa de suicídio nos adolescentes e está por isso associada ao risco de suicídio (GÓMEZ-ROMERO et al, 2018). No Brasil, lesões autoprovocadas entre jovens de 10 a 19 anos corresponde nos serviços de urgência e emergência com a participação de 18,8% dos atendimentos (BAHIA, et al, 2017). Sendo assim, é importante ressaltar que os comportamentos auto lesivos são os mais comuns entre adolescentes e jovens adultos e caracterizam-se por automutilações ou intoxicações sobre dosagem sem intenção suicida. Estes comportamentos simulam longinquamente a vontade de terminar a vida e constituem uma forma de expressar e lidar com a angústia e dor psicológica profundas, em que a dor física cumpre o alívio da dor psicológica e confere ao adolescente uma sensação de controlo sobre si próprio (PINTO et al, 2017).

O clima de insegurança ainda é enorme. Em meio a pandemia se percebeu uma fragilidade, sem proporções, nos gestores municipais, estaduais e federais do país. Tal situação tem refletido na saúde das pessoas, e de forma significativa entre jovens universitários. Estes se apresentam mais ansiosos, revoltados e sem esperanças. Em contrapartida, é importante salientar que, momentos de crise também revelam o que há de melhor nas pessoas. É igualmente crescente, o número de ações de solidariedade, com distribuição de cestas básicas, remédios e materiais de limpeza; além das participações de grupos artísticos que levam poesia, música e dança pelas redes sociais. Atitudes que funcionam como medidas de proteção a saúde integral de uma sociedade com muitas incertezas. Diante desse cenário, o aconselhamento psicológico, de escuta dos males emocionais causados no último ano, deverá continuar ativo. Pois estamos passando por ondas de contaminação que geram instabilidades psicológicas significativas. E as consequências, físicas, psicológicas, sociais e econômicas que cada experiência individual deixará é imprevisível.

Considerações sobre as violências nos corpos-territórios e a saúde mental de populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas:

Em alinhamento às considerações analisadas nos tópicos anteriores, as violências se alastram pelas Amazônias, reatualizando processos de saque, destruição e violação de direitos humanos. Os ataques sistemáticos e as violências institucionais ocupam a matriz do processo de ocupação e expansão de grandes empreendimentos e de infraestrutura integrados à mobilidade do capital. Os dados aqui apresentados, resultados do projeto de pesquisa e observação in loco, estão situados no contexto de avanço do capital baseado na acumulação primitiva, acarretando um conjunto de doenças nos corpos-territórios e, principalmente, sofrimento social, morte psíquica e permanente luto social. Portanto, as violências mencionadas nos capítulos anteriores também aqui dão base para as reflexões a respeito dos efeitos-derrame destes processos nos grupos socialmente diferenciados (indígenas, quilombolas e ribeirinhos).

As violências sociais, econômicas e culturais são constitutivas do modelo de desenvolvimento capitalista que avança, historicamente, nas Amazônias: extermínio, desigualdade social, assassinatos, racismo ambiental, epistemicídios e ecocídios. Quem critica o modelo hegemônico atrapalha o “desenvolvimento” e é cunhado como “atrasado” (CASTRO, 2010; PORTO-GONÇALVES, 2015). Sobre isso, importa destacar o caráter colonial das práticas que estruturam as relações de poder na Amazônia e no Brasil

O colonialismo foi percebido pela modernidade ocidental como parte de uma missão civilizadora, enquanto que para os povos colonizados representou uma forma de violência. O sistema colonial impôs aos povos originários uma condição de exploração econômica, dominação política e subjogação cultural (HAGINO; QUINTANS, 2015, p. 604).

Assim, a violência estrutura a sociedade e o seu enfrentamento requer uma atuação interdisciplinar e interprofissional, pois a desestabilização da dinâmica sociocultural da diversidade afeta diretamente à vida, o bem-estar e o equilíbrio emocional dos povos e comunidades tradicionais. Por essa razão, são importantes riscos que podem levar à condição de sofrimento social na relação desses povos com a floresta arrasada. Os riscos são: naturais, de saúde, do ciclo de vida, sociais, econômicos, ambientais e políticos (HOLZMAN; JORGENSEN, 2003) e impactam diretamente a vida das pessoas.

Com a pandemia, este quadro foi amplificado, gerando um aprofundamento das crises e a sua integração. Numa perspectiva interdisciplinar da saúde mental, a fome, o desemprego, a ausência de saneamento básico, a precarização da saúde e educação e a falta de assistência são fatores da determinação social da saúde e também explicitaram as razões pelas quais a pandemia avançou rapidamente na cidade, campos e florestas do Estado do Pará, encontrando condições bem favoráveis de transmissibilidade do vírus, revelando a integração de crises (sanitária, social, econômica, ambiental e climática) que atinge e mata indígenas, quilombolas e ribeirinhos, pois tiveram seus ambientes naturais atacados, invadidos e saqueados tanto pelo capital e, agora, pelo coronavírus.

Na definição de povos e comunidades tradicionais é possível perceber a importância dos ambientes naturais para vida desses sujeitos sociais, assim sendo entende-se como “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (BRASIL, 2007).

Na Amazônia, o contexto desses corpos-territórios vulnerabilizados são os mesmos que resistem. Como dizem algumas lideranças indígenas “temos que resistir para existir”. A esse respeito, Ailton Krenak afirma: “O genocídio é uma forma de civilizar (...) Acima de tudo, a pandemia mostra isso”, citado por Py (2021). Ainda nessa direção, Santos aponta que

“Para o liberalismo, os povos tradicionais são resíduos que restaram de um estado de pré-modernidade (visão colonizadora um resquício do passado, sem qualquer perspectiva futura), pois sequer fazem parte do contrato social, encontram-se, neste sentido, “do outro lado da linha” (Santos, 2009, p. 23)

A biodiversidade presente nos territórios desses grupos configura-os como espaços de tensionamentos e disputas territoriais, geradores de conflitos e amplificadores de múltiplas violências que, por sua vez, engendraram processos psíquicos de relevância. A desigualdade social em saúde, em particular, além de ser resultado da herança da modernidade-colonialidade (QUIJANO, 2010) em que os processos hegemônicos (sociais, econômicos e políticos) atuam no permanente reestabelecimento dos mecanismos da pro-

dução social da invisibilidade e o reforço das práticas de apagamentos estruturalmente concebidos. Os silenciamentos, os apagamentos e os processos de invisibilidades criam condições para acentuados níveis de vulnerabilização. Este quadro torna povos e comunidades tradicionais inseguros em decorrência da pandemia e envolto numa estrutura de desproteção social que não conseguirá superar e isso gera adoecimento mental de muitos indivíduos, cooperando para ampliação de outras comorbidades nos grupos sociais. As demandas psicológicas emergentes

Os impactos socioambientais da mineração não são simples, nem espacialmente limitados, muito menos temporalmente restritos. Na verdade, muitos deles são ecologicamente complexos, espacialmente amplos e, por serem irreversíveis, temporalmente permanentes (MILANEZ, 2017, p. 94)

O modelo econômico baseado na lógica capitalista criou, propositadamente, um ambiente de dependência para inserir e incorporar outros modos de vida e de produção como os das comunidades e grupos sociais na Amazônia, monopolizando o processo econômico com base no discurso desenvolvimentista com viés hegemônico e padronizado na perspectiva de mercado. Trata-se de pensar a região amazônica como ambiente de negócio como único caminho para o bem-estar. Ocorre que esse padrão de desenvolvimento, além de destrutivo, expõe o seu caráter racista, elitista e de extermínio. Ainda soma-se ao fato de contextos de fragilização de políticas públicas e colapso social e sanitário, a dupla percepção de opressão/sofrimento são colorárias de processos de pobreza multidimensional (ausência de renda e de serviços básicos) associada à ineficácia do setor público na prestação de serviço público de qualidade. São essas questões que atravessam os dados aqui apresentados e que foram levantados durante o primeiro ano da pandemia em 2020. O Relatório - Violência Contra Os Povos Indígenas no Brasil (2020) constata o crescente número de suicídios e de homicídios nas populações indígenas em 2019, conforme quadros 1 e 2 a seguir.

O extermínio dos povos indígenas já estava curso antes da pandemia e foi acentuado com a pandemia através da invasão de terras indígenas, flexibilização das políticas ambientais e desprezo pela cosmovisão e ancestralidade, cujos impactos mais diretos são: desmatamentos, crateras abertas, contaminação de rios e peixes e da população com mercúrio e outros agrotóxicos.

Quadro 1: Suicídios por Estado -
Fonte: Conselho Indigenista Missionário -CIMI (2020)

Estado	Número de suicídios
Acre	6
Amazonas	59
Ceará	3
Maranhão	5
Mato Grosso do Sul	34
Minas Gerais	1
Pará	1
Paraná	2
Pernambuco	2
Rio Grande do Norte*	1
Rio Grande do Sul	4
Roraima	9
Santa Catarina	3
Tocantins	3
Total	133

Quadro 2: Homicídios por Estado -
Fonte: Conselho Indigenista Missionário -CIMI (2020)

Estado	Número de homicídios
Acre	2
Amazonas	16
Bahia	1
Ceará	8
Maranhão	4
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul ¹	40
Pará	1
Paraíba	3
Pernambuco	3
Paraná	1
Rio Grande do Norte ²	2
Roraima ³	26
Santa Catarina	4
Tocantins	1
Total	113

As comunidades quilombolas sofreram racismo institucional durante a pandemia em decorrência da ausência de notificação de quilombolas nos boletins oficiais, ou seja, a pandemia apenas reforçou o grau de apagamen-

tos e negação que os grupos remanescentes dos povos africanos que foram sequestrados e escravizados no Brasil. Essa constatação sintomática da forma como a sociedade brasileira é estruturada em classes, raça e poder. Problematizar as condições objetivas de afetações da pandemia nas comunidades quilombolas implica em perceber a matriz que segrega e aparta quem vive e morre. O conjunto destes convidam à reflexão sobre dano ambiental que corresponde “a lesão ao complexo de relações que auxiliam no desenvolvimento normal da personalidade do sujeito, abrangendo a ordem pessoal ou a ordem social. É uma afetação negativa, total ou parcial, permanente ou temporária, seja a uma atividade, seja a um conjunto de atividades que a vítima do dano, normalmente, tinha incorporado ao seu cotidiano e que, em razão do efeito lesivo, precisou modificar em sua forma de realização, ou mesmo suprimir de sua rotina” (SOARES, 2009). Os dados da Figura 2 e 3 destacam o quadro de afetação da pandemia em comunidades quilombolas no Brasil e, ao mesmo tempo, nos leva a refletir sobre os impactos socioemocionais em curso.

Figura 2: Casos confirmados de covid 19 e óbitos na população quilombola no Brasil no período de abril a dezembro de 2020

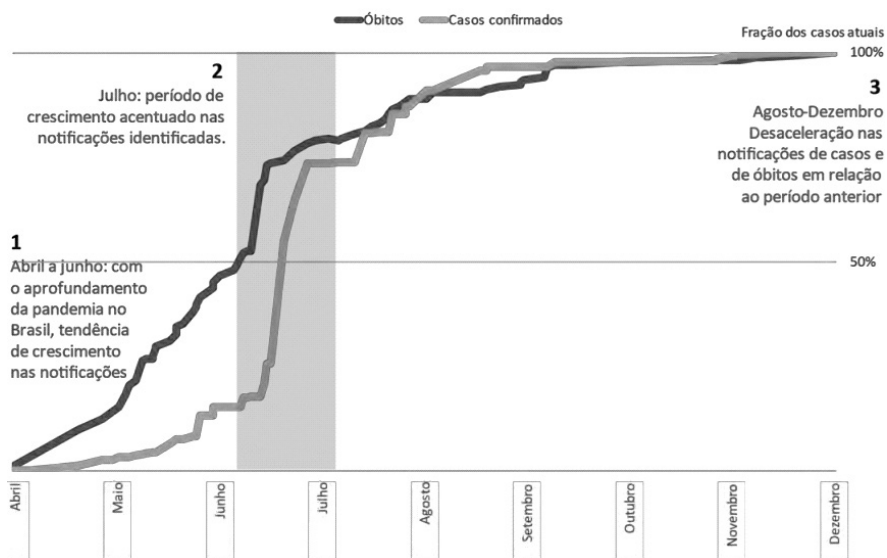
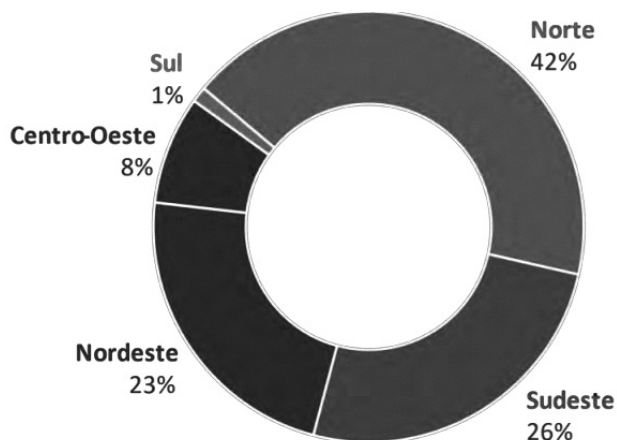


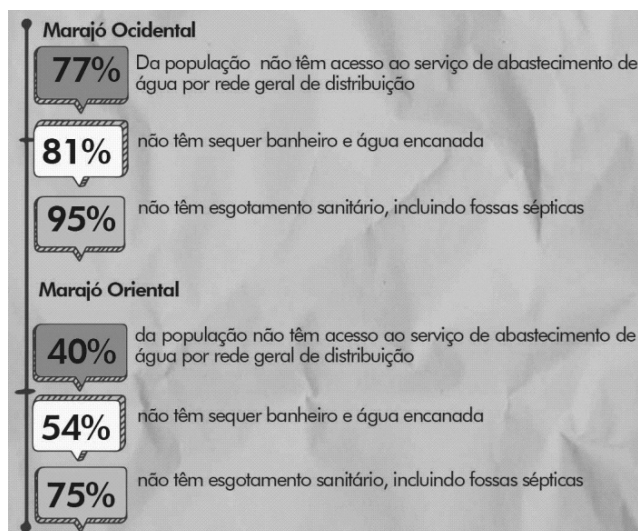
Figura 3: Regiões com mais óbitos quilombolas registrados no período de abril a dezembro de 2020 -
Fonte: AFRO/CEBRAP - Desigualdades Raciais e a Covid-19 (2021)



As comunidades ribeirinhas, grupos sociais que tem uma relação orgânica com os ecossistemas marinhos e florestais, sofrem com o aprofundamento da exclusão socioespacial (PACHECO, 2006), em decorrência dos conflitos ambientais provocados pelo desenvolvimento desigual, aumentando a da desigualdade social já existente. A Amazônia Marajoara é um exemplo emblemático deste quadro na medida em que dos 16 municípios que compõem o *ranking* dos 50 piores índices de desenvolvimento humano (IDH), inclusive o município de Melgaço é o pior IDH do Brasil (IBGE, 2020). No município de Breves, considerada a capital do Marajó e com grande volume comercial, 37,7% das crianças (faixa etária de até 05 anos de idade) convivem com desnutrição crônica (SISVAN, 2018) e há irregularidade na oferta de merenda nas escolas ribeirinhas. Nesse sentido, a fome crônica resulta em uma das modalidades de desnutrição: a deficiência energética crônica” (MONTEIRO, 2003, p.08). Neste sentido, o atual cenário da realidade social das comunidades ribeirinhas do Marajó revela que 91,5% da população teve a redução de renda, 85,3% teve a renda impactada com gasto de farmácia, 95,3% o valor do orçamento destinado à alimentação foi impactado e 99,2% notaram o aumento dos preços na região (OBSERVATÓRIO DO MARAJÓ, 2020). Na pandemia, municípios da região viviam uma situação de extrema vulnerabilidade como demonstra a Figura 4:

Figura 04: Dados sobre o perfil das condições sócio sanitárias das populações quilombolas

Fonte: Observatório Do Marajó, 2020



Diante deste cenário, destaca-se a pergunta: Qual o lugar dos adoecimentos físicos e mentais de povos e comunidades tradicionais no debate sobre saúde agenciado pela necropolítica de um Estado rentista, racista e antiam-biental? Observa-se projeto hegemônico neoextrativista de desenvolvimento atinge diretamente as comunidades tradicionais e as terras indígenas no Brasil, perfazendo um caráter neocolonial, racista e etnocêntrico e continua, e continua, na pandemia, produzindo o “vazio demográfico”, o “silenciamento”, a “coisificação”, a “violência”, a “destruição” e a “morte social” dos grupos e comunidades – povos da floresta. São várias violências e violações, com destaque para: racismo histórico-estrutural: invisibilidade, apagamentos e silenciamentos; alto grau de vulnerabilidade social; ausência de dados epidemiológicos para populações e comunidades tradicionais; desassistência na áreas da saúde, educação e sanitária (falta crônica); desprezo pelas ancestralidades e cosmo-visões (epistemicídio/ecocídio); criminalização das lutas e reivindicações; desastres e crimes ambientais. Esse quadro de profundo ataque e destruição gera adoecimentos como: traumas permanentes e gigantescos, Sentimento de perda permanente; Pulverização de estresse e ansiedade, Diversos sofrimentos psíquicos /uso de bebidas alcóolicas, drogas suicídios; Apagamentos das memórias coletivas, depressão, medos e inseguranças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tempo-presente configurado em um processo de crise civilizatória exige da humanidade outras reflexões para um conjunto de perguntas necessárias e da ordem do dia. O saber, a pesquisa e o trabalho profissional não podem se furtar a um posicionamento cidadão diante de um cenário catastrófico. Neste sentido, o capítulo apresentou o quadro pandêmico na Amazônia e suas implicações para a saúde mental. Em contexto de fragilização de políticas públicas e colapso social e sanitário, a dupla percepção opressão/sufrimento são colorarias de processos de pobreza multidimensional (ausência de renda e de serviços básicos) associada à ineficácia do setor público na prestação de serviço público de qualidade nas cidades e periferias. Assim sendo, cabe destacar que as análises lineares mascaram a complexa realidade social da região como se os problemas socioemocionais em crescimento fossem conjunturais ou que devam ser vistos apenas numa perspectiva terapêutica e/ou clínica. A forma de subalternidade como são tratados grupos periféricos das cidades e povos e comunidades tradicionais dos campos, florestas e águas pela política brasileira demonstra que, no mínimo, os sofrimentos psíquicos são provocados por relações de poder de opressão e dominação, mas também por uma narrativa de negação e apagamento desses grupos. Quem vive a desproteção social vive também as sequelas de um permanente sofrimento social nas cidades, nas periferias, nas florestas, campos e águas da Amazônia. São crianças, mulheres, jovens, indígenas, quilombolas e ribeirinhos, dentre outros, atravessados por uma vida sem perspectiva em que o futuro é uma incógnita e fica restrito ao que vai comer, onde morará e como suportará tantas dores e danos.

Com base nessa perspectiva crítica, a psicologia social ao compreender a desigualdade social como fenômeno do concreto e do subjetivo das relações sociais possibilita problematizar as causas e as formas de superação na perspectiva da totalidade social. As crises são diversas e resultantes da modernidade-colonialidade, cuja hegemonia produziram crises interligadas: social, climática, alimentar e sanitária. O colapso é civilizatório: os bilionários do mundo e do Brasil aumentaram renda e riqueza na pandemia e os mais pobres do mundo e do Brasil caminham, agora, para a extrema-pobreza e miséria absoluta (Relatório OXFORD, 2021; FAO, 2021). Portanto, a desigualdade social está no centro dos debates sobre adoecimentos e sofrimentos psíquicos.

Na Amazônia, maior floresta tropical do mundo, os povos e comunidades tradicionais dos campos, florestas e águas estão sendo destruídos por grandes empreendimentos (mineração, agronegócios, portos, ferrovias e estradas) que invadem territórios ancestralmente ocupados e causam danos irreparáveis para essas populações. O Estado assiste e incentiva tais práticas, pois é um dos aliados e gestores da nova ofensiva de avanço do sistema capitalista predatório que em nome do “desenvolvimento para todos” combina saque e destruição com estratégias manipulativas de economia verde, sustentabilidade e qualidade de vida. Os rastros nocivos desses processos atingem modos de vida, relações sociais, atividades produtivas e convivência com ambiente natural. A continuação dos “efeitos derrame” está por todas as partes, muitas delas não visíveis e pouco estudadas: como as dimensões psicossociais. Portanto, a ausência de políticas adequadas, a desterritorialização, os desastres-crime, o desmatamento, a contaminação por agrotóxico desestruturam não somente condições objetivas de reprodução da vida, como também desencadeiam problemas com processos emocionais e instabilidade psicológica em decorrência de outros processos de dominação, autoritarismo e violações. A associação entre a precariedade socioambiental e os agravos em saúde mental é longa e compõe o plano da vida de grupos sociais diversos e multiculturais, o código de existência da maneira de estar e ser no mundo ribeirinho, que, por sua vez, implica sociabilidade, afetividade e inteligência social. Portanto, o equilíbrio e a devida preservação e relação com o meio ambiente é essencial e deve ser praticada como condição de sobrevivência.

As iniciativas de análises, críticas e preposições em saúde precisam pensar a partir da raiz, da base que legitima as práticas de violação dos direitos e naturalizam as práticas de destruição dos povos e comunidades tradicionais em nome do mercado (mineração/ agronegócio/hidrelétricas e de infraestrutura). Para tanto a ampliação de redes de proteção, de informação, de outras epistemes e de atuação/mobilização/intervenção para o enfrentamento dos adoecimentos físicos e mentais a partir de políticas de prevenção da vida e da cultura dos periféricos, mulheres, crianças e povos e comunidades tradicionais. Atesta-se que não haverá saúde integral se esses não forem considerados como sujeitos de direitos coletivos.

A saúde é produzida socioculturalmente na preservação e conservação dos corpos – territórios (florestas, rios e várzea) – natureza e homem integridados e não apartados. Assim, a complexidade do cuidado integral – reprodução sociocultural da vida de povos e comunidades tradicionais (CONVEN-

ÇÃO 169 – OIT; CNPCT, 2007) só estará contemplada com a garantia e a efetivação dos direitos humanos. Portanto, as demandas psicológicas emergentes na pandemia tornaram bem complexas as formas de atuação, nos desafiando com novos arranjos tecnológicos e comportamentais. Enquanto a demanda de violência doméstica/intrafamiliar, transtornos psicológicos e violências múltiplas em povos e comunidades tradicionais se agravaram. O contexto exige intervenções multiprofissionais amparadas pelos governos municipais, estaduais e federais. A ação conjunta é fundamental para minimizar sofrimentos e, principalmente atender com eficiência a saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

- AFRO/CEBRAP. Informativo Desigualdades raciais e Covid-19. Janeiro, 6-2020. O impacto da Covid-19 sobre as comunidades quilombolas. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informativo-6-O-impacto-da-Covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas.pdf>. Acessado em 20 de mai. 2021
- AZEVEDO, M.A e GUERRA, V.N.A. Infância e violência doméstica. Pergunte o que os profissionais querem saber. São Paulo, Roca.1988.
- AZEVEDO, M.A. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes, in Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo, Cortez, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília/DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília/DF.Ed.MS, 2010, 91p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Boletim epidemiológico de Suicídio. Brasília: MS, 2017.
- _____. Decreto n. 6.040 de 2007, que dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, 2007. Disponível em . Acesso em 21 de Mai. de 2021
- BAHIA CA et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.22, p. 2841-2850, 2017.
- BARROSO SM, SILVA MA. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Revista da SPAGESP, Ribeirão Preto, n. 12, p. 66-78, 2011.

- BANNWART, T. H., & BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. 29(2), 138-145. 2011. Doi: 10.1590/S0103-05822011000200002.
- BANNWART, T. H., & BRINO, R. F. Maus-tratos contra crianças e adolescentes e o papel dos profissionais de saúde: estratégias de enfrentamento e prevenção, in Habigzang, L. F. Koller, S. H. et al.(2012). Violência contra crianças e adolescentes teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed, 280.
- CASTRO, E. Políticas de Estado e atores sociais na Amazônia contemporânea. In: BOLLE, W.; CASTRO, E.; VEJMEKKA, M. (org.). Amazônia: região universal e teatro do mundo. São Paulo: Globo, 2010. p. 105-122.
- CECCONELLO & KOLLER, S.H. Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(3), p. 515-524.
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. Disponível em: <https://www.crpsp.org/pagina/view/49>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 11/2018. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º11/2012. Brasília, DF; 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83ON%C2%BA>. Acesso em: 11 mai. 2021.
- CHIESA, D. Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2020/06/19/saude-mental-dos-estudantes-de-medicina-brasileiros>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- COSTA, DS da, et al. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Estudantes de Medicina e Estratégias Institucionais de Enfrentamento. Revista Brasileira de Educação Médica. Disponível em: <http://ref.scielo.org/2pj5xz>. Acesso em: 19 jun. 2021.
- DE ANTONI C., BARONE,L.R. E KOLLER, S.H. Indicadores de Risco e de Proteção em Famílias Fisicamente Abusivas. Em Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2007, Vol. 23 n. 2, p. 125-132.
- CIMI. Relatório - Violência Contra Os Povos Indígenas no Brasil, 2020. Disponível: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>. Acessado em: 07 de nov. 2020.
- FERNANDES TE, MONTEIRO BMM, SILVA JBM, OLIVEIRA KM, VIANA NAO, GAMA CAP et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. Caderno de Saúde Coletiva, n. 25, p. 498-507, 2017.
- FERRAZ M. M. P.; VELOSO M.M.X.; CABRAL, I. R.. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero. Revista Eletrônica Desidades, número 29. Ano/ 9 . jan/- abr 2021.
- FUNDAÇÃO ABRINQ. Cenários da Infância e da Adolescência no Brasil 2021. Disponível em <https://observatoriocrianca.org.br/items-biblioteca/1.cen%C3%A1rio-da-inf%C3%A2ncia-e-adolesc%C3%A2ncia-no-brasil-2021-20#:~:text=A%20Fund%C3%A7%C3%A3o%20Abrinq%20>

- lan% C3%A7a%20a,e%20Adolesc% C3%AAncia%20no%20Brasil%202021. HYPERLINK “<https://observatoriocrianca.org.br/items-biblioteca/1.cen% C3%A1rio-da-inf% C3%A2ncia-e-adolesc% C3%AAncia-no-brasil-2021-20>”& HYPERLINK “<https://observatoriocrianca.org.br/items-biblioteca/1.cen% C3%A1rio-da-inf% C3%A2ncia-e-adolesc% C3%AAncia-no-brasil-2021-20>”text=Nesta%20edi% C3%A7% C3%A3o%2C%20o%20Cen% C3%A1rio%20traz,Coronav% C3%ADrus%20(Covid%2D19), acessado em 20 de junho de 2021.
- GÓMEZ-ROMER MJ, LIMONERO JT, TRALLERO JT, MONTES-HIDALGO J, TOMÁS-SÁBADO J. Relationship between emotional intelligence and negative affect on suicide risk in young university students. *Ansiedad Estrés*, n. 24, p. 18-23, 2018.
- HAGINO, Córa Hisae; QUINTANS, Mariana Trotta Dallalana. O reconhecimento de povos tradicionais e os usos contra-hegemônicos do direito no Brasil: entre a violência e a emancipação social. In: *Revista Direito e Práxis*, v. 6, n. 1 HYPERLINK “<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/issue/view/945>”0 HYPERLINK “<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/issue/view/945>” 2015; UERJ-,Rio de Janeiro.
- HOLZMANN, R.; JORGENSEN, S. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la Protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Colombia*, v. 21, n.1, p. 73-106, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- KRUG, E. G., DALHBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., & LOZANO, R. (Eds.). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2002.
- MILANEZ, B. Mineração, ambiente e sociedade: impactos complexos e simplificação da legislação. *Boletim Regional, Urbano e Ambiental (IPEA)*, v. 16, p. 93-101, 2017.
- MORENO DMFC, REIS, AOA. A. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. *Temas em Psicologia, Ribeirão Preto*, n. 21, p. 591-609, 2013.
- OBSERVATÓRIO DOMARAJÓ. Cadernos do Marajó – 40 dias de Marajó com coronavírus, 2020. Disponível em <https://www.observatoriodomarajo.org/40diasmarajocovid19>. Acesso em 30 de jan. 2021
- PINTO LLT et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, n. 66, p. 203-210, 2017.
- PORTO-GONÇALVES, C. W. Amazônia enquanto acumulação desigual de tempos: Uma contribuição para a ecologia política da região. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 107, p. 63-90, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.6018>
- PY, Fabio. Padre Paulo Ricardo: cavaleiro de batina do apocalipse pandêmico. In: *Mídia Ninja*, 01/02/21. Disponível: https://midianinja.org/fabiopy/padre-paulo-ricardo-cavaleiro-de-batina-do-apocalipse-pandemico/?fbclid=IwAR2ENWdWpuH8xYAVbeJec6YwvkMRtvfKl_XSIVvLtBwB9qk-JXm5d_AXvFXw. Acessado em: 30 de mai. 2021

- QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010. p. 84-130.
- RIBEIRO JM, MOREIRA MR. An approach to suicide among adolescents and youth in Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 2821-2834, 2018.
- ROGERS CR. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- SANTOS, Boaventura de Sousa; Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 62, 2002;
- SOARES, Flaviana Rapamzzo. Responsabilidade civil por dano existencial. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.
- VELOSO, M.M.X.; MAGALHÃES, C.M.C, GOMES, M, CABRAL, I.R., DELL'AGLIO D.D. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5):1263-1272, 2013.
- VELOSO LUP, LIMA CLS, SALES JCS, MONTEIRO CFS, GONÇALVES AMS, SILVA JÚNIOR FJG. Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, n. 1, p. 19 - 40, 2019.

Resiliência psicológica em enfermeiros portugueses durante a COVID -19: regulação emocional, nível de depressão e stress peritraumático

Célio de Carvalho Pinto, Francisco dos Santos Cardoso

A resiliência psicológica e a regulação cognitiva emocional permitem fazer face à adversidade. Em contexto de pandemia ‘COVID-19’, investigámos a resiliência de enfermeiros durante a COVID-19 e a capacidade de regulação emocional, indicadores de depressão e stress peritraumático. Assim, procuramos identificar o nível de resiliência, a relação com a utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional, o nível de depressão e de stress peritraumático, assim como o efeito da resiliência global no risco de depressão e stress peritraumático. Através de um questionário eletrónico os participantes preencheram o CERQ-18, a DASS-21, o ISPTC e a CD-RISC10. Participaram 200 enfermeiros, a maioria da região norte (58.5%) e centro (22.5%) de Portugal. Dos inquiridos, 70.5 % apresenta nível de resiliência média/alta. O nível de resiliência apresentou correlação positiva com a utilização de ECRE positivas, $r = .55$ $p < .001$, e correlação negativa com o uso de ECRE negativas, $r = -.24$ $p < .001$, o stress peritraumático, $r = -.32$, $p < .001$ e a depressão, $r = -.41$, $p < .001$. Os enfermeiros com baixa resiliência apresentam um risco relativo 2.78 vezes superior de depressão e 2.31 vezes maior de stress peritraumático em relação aos mais resilientes. Verificámos que o nível de resiliência psicológica global em 70.5% dos inquiridos é médio/alto. Concluimos que a resiliência aumenta com a utilização de estratégias de regulação cognitiva emocional positivas e diminui com a utilização de estratégias negativas. Apresentar maior resiliência correlaciona-se com menor nível de depressão e nível de stress peritraumático. Ter baixa resiliência aumenta nos enfermeiros o risco de sofrerem de depressão e de stress peritraumático.

A nova circunstância vivencial

A nova circunstância vivencial originada pela pandemia tem sido um fator de adaptação pessoal e comunitária. Em Portugal, desde março de 2020, foram decretadas e renovadas por várias vezes as medidas de confinamento,

isolamento e distanciamento social com alterações sectoriais. A implementação de medidas de restrição à movimentação de pessoas entre concelhos e regiões, diminuição da interação e contacto social com fecho de escolas, lojas de comércio, serviços, bares e restaurantes, entre outros, tiveram impacto na qualidade de vida percebida e em outros indicadores de saúde e bem-estar (Antonelli-Ponti et al., 2020; Afonso & Figueira, 2020), em especial a dos profissionais de saúde à semelhança do ocorrido em 2003 com o surto originado pelo SARSCov-1 (Reynolds, et. al., 2008; Prado, et al., 2020; Pinto & Cardoso, 2021 *in press*).

A necessidade de controlo da pandemia relacionou-se com o risco de colapso dos serviços de saúde por esgotamento de recursos materiais e humanos como confirmam os picos da pandemia ocorridos no país, nos meses de maio e novembro de 2020 e, mais recentemente, em janeiro de 2021. A ocorrência da mesma colocou-nos riscos (Afonso & Figueira, 2020) de forma abrupta e incerta, com exigência adaptativa cognitiva e emocional (Rodrigues et al., 2020). A pressão observada nos serviços de saúde constituiu um fator de risco para aparecimento de reações emocionais caracterizadas por desmotivação, desinteresse e mal-estar geral na relação com o trabalho (Afonso & Figueira, 2020). As reações psicológicas e os seus efeitos são agora mais bem conhecidos e relacionam-se com respostas de medo, ansiedade, depressão e stress (Afonso & Figueira, 2020; Pierce et. al., 2021; Pinto & Cardoso, 2021 *in press*). Estas respostas de sofrimento físico e psicológico, com sentimentos de inadequação e fracasso e com quebra do rendimento laboral levam a absentismo (Afonso & Figueira, 2020; Fiorillo & Gorwood, 2020), a situações que agravam a carência de recursos humanos durante a crise. Os profissionais podem vir a sofrer de perturbações depressivas e de ansiedade, manifestações psicossomáticas (cefaleias, fadiga crônica, insônia, alterações gastrointestinais, úlceras gástricas), dependência e abuso de substâncias e pensamentos suicidas (Afonso & Figueira, 2020) situações que se mostraram mais frequentes durante a pandemia (Pierce et. al., 2021).

Os estudos de Lai et al. (2020) e Moreira et al. (2020) confirmam-no com dados de uma proporção considerável de sintomas de depressão, ansiedade, insônia e angústia, especialmente em enfermeiras da chamada 'linha de frente', no atendimento a doentes com suspeita ou confirmação de diagnóstico de COVID-19 em várias regiões da China numa fase inicial do surto pandêmico. Numa revisão de estudos, Moreira e colaboradores concluíram que a saúde mental dos enfermeiros estaria em risco com a pandemia pela

ocorrência de stress, perturbações de stress pós-traumático e níveis moderado de ansiedade e ligeiro de depressão nos enfermeiros. Também numa amostra de enfermeiros portugueses e num estudo por nós realizado no âmbito do mesmo projeto, o sofrimento psicológico foi investigado e os resultados obtidos foram níveis de stress peritraumático induzido pela COVID-19 e depressão numa percentagem elevada desses profissionais, respetivamente 48.5% e 27% (Pinto & Cardoso, 2021 *in press*). A pandemia aumentou e modificou o trabalho dos enfermeiros e a sua atuação passou a incluir novos procedimentos, estratégias e práticas clínicas, com ajustes na divisão do trabalho e recursos disponíveis para a assistência à população (Almeida, 2020). Kanget al. (2020) afirmam que se a saúde psicológica dos profissionais for protegida, a sua saúde a longo prazo melhorará sendo um fator de contribuição para o controlo da epidemia. Para que o controlo da pandemia ocorra através da proteção da saúde dos enfermeiros como defendem os autores citados será importante o processo psicológico que lhes permita melhorar a capacidade de lidar com o stress e com emoções relacionadas com a pandemia, de forma positiva. Processo psicológico que se relacionará com a capacidade de resiliência psicológica.

No contexto do trabalho em ambiente de prestação de cuidados de saúde a resiliência é mais bem compreendida pelo crescimento pessoal, profissional e no desenvolvimento de competências colocadas pela profissão. As adversidades no ambiente de trabalho em saúde fazem da resiliência dos trabalhadores uma característica indispensável para manutenção da sua saúde emocional (Schultz, et al., 2020). Os profissionais resilientes são capazes de recuperar o equilíbrio mental, emocional e aprender com a experiência tornando-se mais fortes e preparados (Silva et al., 2020).

O conceito de resiliência começou por ser associado a características e propriedades físicas de um material e aplicado à saúde psicológica a partir de 1970 com os estudos de Friedman, Tavormina, Tucker, Gayton e outros principalmente realizados com crianças e adolescentes. Para Connor & Davidson (2003) a resiliência psicológica pode definir-se como a capacidade de superação, manutenção e utilização de padrões positivos na adversidade e perante a ocorrência de eventos de vida negativos. Para Masten e Wright (2010) a resiliência é um conceito amplo que geralmente se refere à adaptação positiva. A ocorrência da pandemia propicia o momento temporal para o estudo deste construto psicológico e da verificação dessa adaptabilidade positiva dos enfermeiros em tempos de crise.

De composição multidimensional (Connor & Davidson, 2003), a resiliência é melhor compreendida como a oportunidade para o fortalecimento e crescimento pessoais e como processo de possibilidade de superação dos efeitos negativos de exposição ao risco, do seu potencial traumático e a possibilidade de evicção de trajetórias comportamentais negativas constituindo-se como um elemento fundamental e um ativo para a saúde mental (Asensio-Martínez et al., 2019) capaz de influenciar a capacidades de adaptação positiva a nível individual e comunitário (Anjos et al., 2019) necessárias em tempos pandêmicos.

A conceptualização de resiliência como superação e utilização de padrões positivos (Connor e Davidson, 2003) e adaptação positiva (Masten e Wright, 2010) encontra eco em Reich, Zautra, e Hall (2011) que defendem um modelo que pretende a compreensão tanto da reatividade ao stress como da motivação de crescimento e dos processos de adaptação individual. Para estes a resiliência pode ser mais bem compreendida como resultado de uma sequência de reação de stress em vez um traço pré-existente ou uma variável de diferença individual. A maioria dos autores considera-a como adquirida no processo de desenvolvimento desde a infância, na presença de riscos e fatores de proteção e promovida ao longo do ciclo vital baseando a sua opinião na teoria da vinculação de John Bowlby, que defende que crianças pouco vulneráveis com sucesso na vinculação seriam crianças mais bem-adaptadas e mais resilientes (Pinheiro, 2004).

No entanto, para Michael Rutter (1993) a questão da invulnerabilidade pode levar a viés de interpretação uma vez que, mais que individual ou intrínseca, a resiliência encontra ressonância no contexto social. A mesma constitui um fenómeno de adaptação gradual, com limites impostos pelas capacidades do próprio indivíduo, e não uma invulnerabilidade absoluta. Não é possível ser-se resiliente em todas as circunstâncias ou ter o mesmo nível de resiliência na resposta à circunstância stressante ou adversa em diferentes momentos. Para Rutter, o meio e outros fatores relativos ao desenvolvimento do indivíduo influenciam a resiliência: esta não é uma característica estática do indivíduo. Esta noção de que não se é resiliente, mas antes se tem um comportamento de resiliência adquire importância num contexto tão mutável como a pandemia em que as situações adversas se modificam.

A COVID-19 é uma emergência sanitária que se constitui como um desafio à resiliência psicológica. Esta pode ser vista como uma medida da capacidade de lidar com o stress e ser um importante alvo de tratamento

psicológico em reações de ansiedade, depressão e stress (Connor & Davidson, 2003; Min et al., 2013) que se verificam ser reações resultantes da fase inicial da pandemia. Compreender a forma como os profissionais de saúde a enfrentam é importante e necessário para o desenvolvimento de estratégias com objetivo da redução de impactos psicológicos adversos e sintomas psicológicos dela resultantes (Wang et al., 2020).

Recuperar dos danos causados pelo impacto da pandemia com o estabelecimento do *novo normal*, nos domínios físico, psicológico, social económico, entre outros tem sido discutido na sociedade. Este conceito de ‘nova normalidade’ ingenuamente adquirido pelo senso comum, por impossibilidade de voltar ao antigo estado de coisas, revela a importância do conceito de resiliência como o sumativo de sustentabilidade e recuperação e não apenas uma metáfora para a adaptabilidade (Reich et al., 2010) aludindo a impossibilidade de retomar ao estado inicial amplamente modificado.

A resiliência pode assim constituir um foco de trabalho psicológico que fornece orientações específicas para análises de processos de stress-resultado com vista à adaptação bem sucedida a situações stressantes, com a capacidade de recuperar do stress, de seguir em frente na vida e possibilidade de a pessoa ter aumentado a capacidade de adaptação através de uma nova aprendizagem que se estende para além dos níveis de pré-stress como resultado de respostas saudáveis à experiência stressante (Reich et al., 2010).

A resiliência tem especial impacto nos estilos de vida mais saudáveis. Pessoas mais resilientes recuperam melhor da doença e são mais produtivas, relacionam-se melhor com os outros, são socialmente mais ajustadas e apresentam menor limitação na vida diária e mais qualidade da mesma (Anjos et al., 2019). Ser psicologicamente resiliente induz resiliência fisiológica no indivíduo e a utilização de emoções positivas é útil para a saúde física (Tugade & Fredrickson, 2007).

A resiliência é atualmente encarada um potenciador do indivíduo, como construto multifatorial é influenciada pelo marcador cognitivo da regulação emocional. A regulação emocional é um construto que envolve a competência para facilitar os pensamentos e comportar-se em concordância com os objetivos pretendidos e a capacidade em utilizar, de forma flexível, estratégias cognitivas situacionalmente apropriadas para modular as respostas emocionais (Gross, 2014). A utilização de tais estratégias visa aumentar, diminuir ou manter os componentes fisiológicos, cognitivos e comportamentais de uma resposta emocional, de modo a conciliar exigên-

cias pessoais e sociais (Gross, 2002). Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2001; 2006; 2012) estudaram nove estratégias cognitivas específicas de regulação emocional que utilizámos neste estudo estendendo a conceção das dimensões de reavaliação cognitiva das situações e de supressão de determinada resposta emocional evidenciadas por Gross (1998, 1999, 2002). A competência na utilização destas estratégias cognitivas de regulação emocional assume importância na capacidade de o indivíduo se ajustar e adaptar ao contexto. Nessa adaptação a resiliência que explora as diferenças individuais no enfrentamento de adversidades ao longo do desenvolvimento humano assume um papel importante (Masten, 2013). A regulação emocional pode ser então crucial ao processo de resiliência a ponto de ser a própria resiliência ainda que os construtos sejam independentes e correlacionados positivamente entre si (Melo Castro et al., 2017).

Os autores Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2002; 2006; 2012) pretenderam avaliar estratégias cognitivas adaptativas e desadaptativas. As primeiras, caracterizando-se pela ruminação, catastrofização, a culpabilização de si mesmo e a culpabilização do outro. A segunda pela reavaliação positiva; refocagem positiva, o colocar em perspectiva, a aceitação e o foco no planeamento. Ambas, dependendo do seu grau de uso com valor preditivo da depressão, ansiedade e stress (Martin & Dahlen, 2005).

Desta forma, será de prever que as pessoas com competência de regulação de forma adaptativa apresentem um aumento da probabilidade de serem resilientes após exposição ao stress (Melo Castro et al., 2017) ou evento negativo como uma pandemia. Pessoas com alta capacidade de regular emoções devem ser mais resilientes após exposição ao stress do que pessoas com baixa capacidade de regular emoções (Troy & Mauss, 2011; Melo Castro et al., 2017). Os resultados encontrados por Min et al. (2013) apoiam a hipótese da regulação emocional como um importante mecanismo pelo qual uma pessoa se torna resiliente e consegue enfrentar de maneira mais efetiva o stress decorrente de suas condições psicológicas. Os enfermeiros resilientes tendem a fazer uso de emoções positivas para lidar com fatores stressantes e os que desenvolveram melhores estratégias de resiliência possuem mais recursos para fazer frente às exigências do trabalho ao longo da vida laboral (Tugade & Fredrickson, 2007; Silva et al., 2020).

Tugade e Fredrickson (2007) discutiram a importância das estratégias de regulação cognitiva emocional positivas para o bem-estar como úteis para construir resiliência a eventos stressantes. As pessoas resilientes são capazes

de reunir emoções positivas para guiar o seu comportamento de enfrentamento permitindo a redução do sofrimento e a restauração da perspectiva. Os estudos indicam que estratégias cognitivas de regulação emocional como a reorientação positiva, o foco no planejamento e a reavaliação positiva estão relacionadas com nível mais elevado de resiliência em pessoas com depressão e ansiedade (Min et al., 2013). O nível de resiliência tende a ser menor quando o indivíduo utiliza estratégias cognitivas de regulação emocional desadaptativas. Utilizar menos vezes processos cognitivos como a ruminação constitui um preditor de alta resiliência (Min et al., 2013). Utilizar estratégias cognitivas de regulação emocional negativas está relacionado com pior saúde mental e sobretudo com pior risco de ansiedade, depressão e stress (Pinto&Cardoso, 2021 *in press*).

Min e colaboradores (2013) verificaram que o nível de resiliência era menor em doentes deprimidos e ansiosos, muito por causa da incapacidade em reorientar o planejamento das suas ações no caso da ansiedade e por incapacidade em reavaliar de forma positiva os seus eventos de vida negativos no caso de depressão. Um nível mais elevado de resiliência está associado a resultados favoráveis no tratamento psicológico utilizando a terapia cognitiva comportamental em doentes com depressão e ansiedade (Min et al., 2013). Nemeroff e Vale (2005) acrescentam que o entendimento das perturbações do humor e ansiedade e a influência dos eventos da vida no risco dessas perturbações e na resiliência converge na demonstração de que eventos stressantes ou traumáticos aumentam significativamente o risco de depressão e outras doenças psiquiátricas.

A COVID-19 requer competências psicológicas aos profissionais nomeadamente as que respeitam a estratégias que permitem lidar com a emocionalidade negativa dela decorrente. Em continuidade do exposto, importará ainda salientar que a regulação emocional, para além de ser modelada pela capacidade cognitiva de compreensão de si mesmo e do mundo (Beck, 1976) é afetada pelos fatores globalmente considerados fontes de stress nos enfermeiros (Oliveira & Pereira, 2012). Em enfermeiros portugueses a resiliência foi tida como protetora da síndrome de Burnout (Silva et al., 2016). Estudos recentes identificaram associação entre resiliência e stress, ansiedade e depressão em profissionais de saúde. Altos níveis de resiliência estão associados à baixa prevalência de sintomas de ansiedade e da síndrome de Burnout sendo que níveis mais elevados de resiliência podem ser considerado protetores para a exaustão emocional (Silva et al., 2020).

Taylor et al. (2020) sugerem que durante os períodos de pandemia muitas pessoas manifestam ansiedade e angústia, em muito derivadas do medo de serem infetadas, conduzindo a verificações compulsivas na procura de garantias de proteção e a situações vivenciais que, no seu conjunto, se traduzem em stress traumático, cujas repercussões são manifestas através de pensamentos intrusivos e perturbações do ritmo sono-vigília e pesadelos.

Em síntese, partimos de evidências de que a COVID-19 tem efeitos psicológicos negativos na saúde mental dos enfermeiros e que os seus efeitos podem ser relacionados com o seu nível de resiliência psicológica e com as estratégias cognitivas de regulação emocional usadas durante as circunstâncias pandêmicas. Verificaremos se apresentar resiliência durante a pandemia pode constituir um fator de proteção psicológica para os enfermeiros portugueses e para a prevenção do risco de sofrimento psicológico causado pelo impacto da mesma.

Desta forma, pretendemos conhecer diferentes características e níveis de resiliência psicológica de uma amostra da população de enfermeiros portugueses (objetivo 1). Investigar a relação entre resiliência e estratégias cognitivas de regulação emocional, positivas e negativas, o nível de depressão e o nível de stress peritraumático dos enfermeiros (objetivo 2). Por fim, iremos investigar o efeito dos níveis de resiliência psicológica e o risco associado de apresentarem depressão e stress peritraumático em período pandémico (objetivo 3).

MÉTODO

Participantes

Responderam 200 enfermeiros portugueses com idades entre os 22 e 63 anos de idade. Desses 89.5% eram mulheres, $M_{idade} = 41.8 \pm 9.39$, e 10.5% eram homens, $M_{idade} = 41.4 \pm 11.5$. O estado civil de casado/união de facto foi assinalado por 62.6%; 27.4% responderam ser solteiros; 9.5% encontravam-se em situação de divórcio/separação; uma enfermeira referiu ser viúva e três enfermeiros referiram outra situação para o seu estado civil. A maioria (95%) encontrava-se em atividade laboral sendo que 88.5% dos enfermeiros exerciam atividade no setor público ($n = 177$), 6% ($n = 12$) em entidade privada ou público-privada e 5.5% ($n = 11$) no setor social. A maior parte dos enfermeiros residia em distritos da região Norte e Centro (58.5% e 22.5% respetivamente), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo (9.5%), Açores

(4.5%), Madeira (3%), Alentejo (1.5%) e Algarve (0.5%). Dos inquiridos 17.5% tinham funções de chefia/gestão.

Medidas

Indicadores sociodemográficos. Os indicadores recolhidos foram o género, idade, região de residência, estado civil, situação profissional e função desempenhada e foram avaliadas através de questões de resposta curta. A região de residência foi obtida perguntando o distrito de residência. Posteriormente agregámos os dados por áreas de influência territorial das Administrações Regionais de Saúde existentes em Portugal continental e ilhas.

Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional (ECRE). As características pessoais de regulação cognitiva emocional foram avaliadas pelo *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-18) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2012 versão: Cardoso & Gomes, 2009). O questionário pode ser aplicado a adultos com ou sem psicopatologia e permite identificar nove estratégias de enfrentamento cognitivo utilizadas perante eventos ou situações negativas: culpabilização de si mesmo, aceitação, ruminação, reorientação positiva, reorientação do planeamento, reavaliação positiva, colocação em perspetiva, catastrofização e culpabilização dos outros. Os itens são avaliados numa escala de resposta, tipo *Likert*, variando entre um (quase nunca) e cinco (quase sempre). A pontuação em cada subescala é obtida a partir do somatório da pontuação dos seus itens. Quanto mais elevado for o valor numa subescala, maior é o recurso à estratégia de enfrentamento cognitivo que essa escala avalia. A versão curta da escala validada por Garnefski et al. (2012) apresentou validade de construto e consistência interna, $\alpha = .70$.

Considerando os 18 itens da versão curta realizamos uma análise de componentes principais extraíndo dois componentes de acordo com os valores obtidos; estratégias cognitivas de regulação emocional Mini IP Câmera Wifi sem fio $\alpha = .65$) englobando as estratégias culpabilização de si mesmo, ruminação, catastrofização e culpabilização dos outros; e estratégias cognitivas de regulação emocional positivas (ECREPos. com um valor de $\alpha = .82$) agrupando as estratégias reorientação positiva, reorientação do planeamento, reavaliação positiva, colocação em perspetiva e aceitação da situação. Cada estratégia é avaliada por dois itens (Pinto & Cardoso, em preparação).

Depressão (DEP). Foi medida pela subescala Depressão da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). Trata-se de uma subescala compos-

ta por sete itens referindo-se a sintomas emocionais negativos sentidos na última semana, com pontuação máxima de 21 pontos. O participante deve responder se a afirmação em questão se aplicou a si na semana passada. As hipóteses de resposta são quatro e estão apresentadas numa escala de tipo *Likert*. A escala de quatro pontos varia em gravidade: 0- não se aplicou nada a mim; 1- aplicou-se a mim algumas vezes; 2 - aplicou-se a mim muitas vezes; e 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Quanto mais elevada for a cotação maior a correspondência com o estado afetivo negativo depressivo. O total de score obtido através da DASS – 21 tem de ser duplicado para se poder fazer a interpretação consoante o manual da DASS – 42 (Lovibond & Lovibond, 1995, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). Os resultados foram classificados pelos seguintes níveis: “normal” (≤ 9), “leve” (≤ 13), “moderado” (≤ 20), “severo” (≤ 27) e “extremo” (≥ 28). Posteriormente, dicotomizamos em dois níveis: “normal” (≤ 9) e “deprimido” (≥ 10).

Índice de Stress peritraumático relacionado com a COVID-19 (ISPTC). O stress peritraumático relacionado com a COVID-19 foi medido pelo *Covid Peritraumatic Distress Index* (Shanghai Mental HealthCenter, 2020; versão em português europeu - ISPTC, Índice de stresse peritraumático de covid; adaptação de Pinto & Cardoso, 2020 in *press*). O ISPTC foi construído com o objetivo de recolher informações e fornecer um índice do grau de severidade do stress peritraumático em plena situação de pandemia por COVID-19. O índice é composto por 24 afirmações em que o participante assinala a frequência com que, nos últimos sete dias, essa variável se verificou. Inclui medidas de ansiedade, depressão, medos ou fobias específicas, mudanças cognitivas, como fadiga ou dificuldade de decisão, comportamentos compulsivos, e sintomas físicos relacionados com o sistema nervoso central, como problemas de sono, e com o sistema nervoso autónomo, como dores de estômago, alterações da micção e obstipação. A pontuação obtida varia entre o coeficiente 4 e 100, podendo ser obtidos três níveis de stress: Normal, de 4 a 27; Ligeiro-Moderado, de 28 a 51; Severo ≥ 52 ; Subsequentemente, foi por nós dicotomizado em dois níveis: “sem stress” ≤ 27 ; e “com stress” ≥ 28 . O instrumento apresenta-se como uma boa medida unidimensional de stress (estudo original, $\alpha = .95$), mantendo no presente estudo valores de Cronbach $\alpha = .93$, $p < .001$.

Resiliência. A resiliência foi medida pela versão portuguesa da *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) na versão de 10 itens (Connor & Davidson, 2003), cedida para a investigação pelos autores. É uma escala de

autopreenchimento com dez declarações que descrevem diferentes dimensões da resiliência; *flexibilidade; autoeficácia; capacidade de regular a emoção; otimismo e foco/manutenção cognitiva e atenção sob stress*. A resposta do participante é cotada de zero a quatro pontos, consoante for considerada a veracidade de cada afirmação, em que zero (0) significa ser ‘não verdadeira’ e quatro (4) significa ‘quase sempre verdadeira’. A pontuação total é obtida pelo somatório da pontuação dos dez itens e pode variar de zero a 40, configurando os seguintes valores de referência: *Mdn* = 32; 1º quartil = 0-29; 2º quartil = 30-32; 3º quartil = 33-36, e 4º quartil 37-40. Pontuações mais altas sugerem maior resiliência e pontuações mais baixas sugerem menos resiliência ou mais dificuldade em recuperar da adversidade. A soma dos itens fornece a medida da resiliência global. A CDRISC-10 tem registado boas propriedades psicométricas, com elevado grau de confiabilidade, $\alpha = .89$. Na versão portuguesa de Faria et al., 2011 (comunicação pessoal a Davidson, 2018), estudada numa amostra da população geral, a média registrada para a resiliência global foi de $M = 29.3$, $SD = 5.7$. Para a versão do presente estudo a CD-RISC-10 foi objeto de análise de componentes principais, com rotação *oblímin*, com extração de um único componente, de elevado grau de confiabilidade, *Cronbach* $\alpha = .90$.

Procedimentos

Integrada no projeto, projeto “Conhecimento de padrões de resposta psicológica acerca da situação COVID-19 e de confinamento”, enviamos convites de participação e divulgação por email para as instituições de cuidados de saúde primários, diferenciados, do setor público, social, cooperativo e privado das várias regiões do país e ilhas através dos seus contactos publicitados na Internet. O protocolo de investigação foi programado para que todas as respostas fossem recolhidas de forma anónima e sequencial disponibilizado entre 20 de maio e 20 de junho de 2020.

Critérios de inclusão

Para a presente investigação constituíram critérios de inclusão ser enfermeiro e declarar residir em Portugal.

Declaração ética

O estudo “Padrões de Resposta Psicológica Resiliente face à Adversidade em Situações de Catástrofe Natural e Social e de Possível ‘Cresci-

mento Pessoal” foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsínquia e foi aprovado pela comissão de ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (parecer nº Doc24-CE-UTAD-2020). A participação foi antecedida da obtenção do consentimento informado e declaração de aceitação livre esclarecida e voluntária antes do início da investigação. O participante pôde desistir da investigação a qualquer momento sem fornecer qualquer justificação.

Análise estatística

Analisamos os níveis de resiliência e das estratégias cognitivas de regulação emocional utilizadas e calculamos os pontos de corte em função dos quartis, para determinar diferentes níveis de resposta: baixo – 1º quartil; médio, 2º e 3º quartis; e elevado 4º quartil.

Investigamos o grau de associação, via modelos de correlação Bravais-Pearson, entre os níveis de resiliência e os componentes adaptativo e desadaptativo das estratégias de regulação emocional, depressão e stress peri-traumático; através de modelos de regressão logística analisamos o efeito do baixo nível de resiliência psicológica (de proteção ou de vulnerabilidade) para a depressão e stress peritraumático induzido pela pandemia, bem como o risco associado para a manifestação destas perturbações clínicas.

RESULTADOS

Dimensões e níveis de resiliência

Na tabela 1 apresentamos a análise estatística dos parâmetros obtidos para as cinco dimensões de resiliência e, na última linha, valores obtidos pela escala total, a qual confere um valor global de resiliência.

Tabela 1: Parâmetros de distribuição das dimensões de resiliência e da escala global - CDRISC-10

Dimensões da Resiliência	M	SD	SE	Mdn	Mín.	Máx.	Assimetria	Curtose
Flexibilidade	2.95	0.70	0.05	3	0	4	-0.61	1
Autoeficácia	2.60	0.76	0.05	2.67	0.33	4	-0.54	0.37
Capacidade de RE	2.70	0.90	0.06	3	0	4	-0.57	0.36
Otimismo	2.55	0.73	0.05	2.67	0.33	4	-0.24	-0.14
Foco e Atenção sob Stress	2.51	0.87	0.06	3	0	4	-0.22	-0.21
Resiliência Global	26.6	6.62	0.47	27	6	40	-0.44	0.27

N= 200

Na tabela 2 apresentamos a distribuição dos participantes por níveis de resiliência, segundo os quartis. Identificamos que, em função da divisão em quartis, 42% dos enfermeiros apresentavam um nível de resiliência médio e 28.5% um nível de resiliência alto.

Tabela 2: Distribuição do número de enfermeiros por gênero e nível de resiliência(N=200)

Nível de Resiliência	Gênero			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Baixo(1º quartil)	52	26	7	3.5
Médio (2º e 3º quartis)	75	37.5	9	4.5
Alto (4º quartil)	52	26	5	2.5
Resiliência Total	179	89.5	21	10.5

Resiliência e estratégias cognitivas de regulação emocional

Conforme se evidencia na tabela 3, o nível de resiliência correlaciona-se positivamente com a utilização de ECRE positivas e negativamente com a utilização de ECRE negativas, com a depressão e stress peritraumático.

Tabela 3: Valores de correlação entre estratégias cognitivas de regulação emocional, depressão e stress peritraumático versus resiliência

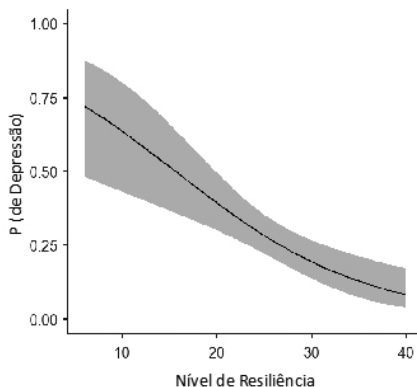
Matriz de Correlações	CD-RISC10
ECRE Positivas	.53***
ECRE Negativas	-.23**
Depressão	-.32***
Stress Peritraumático	-.27***

N=200; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Efeito dos níveis de resiliência psicológica e risco associado de apresentarem depressão e stress peritraumático em período pandêmico

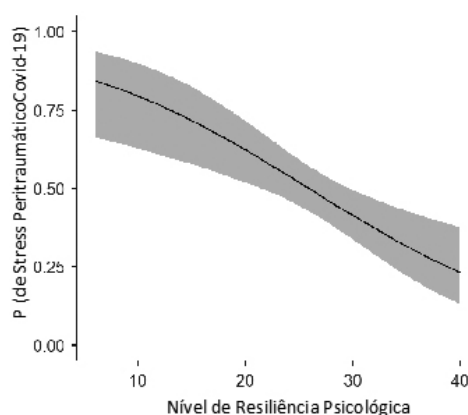
A probabilidade dos enfermeiros que apresentam um nível de resiliência global alto terem depressão é cerca de 25.3% menor, $\chi^2(1) = 15.8$; $p < .001$. Com o mesmo nível de resiliência, a probabilidade de manifestarem stress peritraumático relacionado com a pandemia é cerca de 48.5% menor $\chi^2(1) = 14.1$; $p < .001$, conforme se mostra nas figuras 1 e 2.

Figura 1: Probabilidade Estimada de Depressão, em Função dos Níveis de Resiliência



O *Odds Ratio* registrado para a proporção de participantes com depressão vs não depressão, em função dos níveis de resiliência (alta baixa) foi de .91, [0.86, 0.93] IC 95%, $b = -.10$, $p < .001$, e para o stress peritraumático foi de .92, [0.88, 0.96] IC 95%, $b = -.09$, $p < .001$. Por sua vez, o risco de os enfermeiros com nível ‘baixo’ de resiliência sofrerem de depressão e de stress peritraumático em relação aos enfermeiros mais resilientes (com resiliência global acima do percentil 75) é de, respetivamente, $RR = 2.78$ e $RR = 2.31$.

Figura 2: Probabilidade estimada de stress peritraumático relacionado com a covid-19, em função dos níveis de resiliência



Discussão

Partimos de evidências de que a COVID-19 tem efeitos psicológicos negativos na saúde mental dos enfermeiros e que o nível de resiliência psicológica que apresentam pode ter efeitos protetores para a prevenção de riscos para a saúde psicológica. O nível de resiliência pode ainda ser relevante para as intervenções psicológicas realizadas no sofrimento psicológico resultante de crises como a decorrente da COVID-19.

A crise pandémica proporcionou o contexto para ser aplicada pela primeira vez a ‘CD-RISC-10’ durante uma pandemia e numa amostra da população de enfermeiros portugueses. Os indicadores de confiabilidade e os resultados de resiliência global obtidos foram semelhantes aos encontrados na amostra da população geral do estudo de adaptação da escala à população portuguesa (Faria et al., 2011; Davidson, 2018) e aos da amostra de inscritos em centros de emprego (Almeida, et al., 2020). Os participantes nesses estudos foram recrutados na região de Lisboa e Vale do Tejo. Nesta investigação

os participantes eram provenientes de todas as regiões com a maior percentagem deles a residir no Norte e Centro de Portugal.

Identificamos que 70.5% dos enfermeiros apresenta um nível de resiliência médio/alto. Os resultados encontrados em enfermeiros portugueses num estudo realizado por Silva e colaboradores, em 2016, relatava que no total 88% dos participantes apresentava resiliência moderada e elevada, embora tivesse sido, neste caso, mensurada com um instrumento de medida diferente. Nesta amostra de enfermeiros, através de outra análise de dados identificamos níveis de depressão e stress peritraumático moderados a extramente severos e a utilização de estratégias positivas pela maioria dos enfermeiros (Pinto & Cardoso, 2021 *in press*). Assim, os pressupostos teóricos de Min et al. (2013) e Nemeroff et al. (2005) acerca da resiliência e outras variáveis mencionadas indicam que na generalidade destes profissionais seriam esperados níveis inferiores de resiliência global uma vez que a presença de depressão e de stress estão relacionadas com baixa resiliência (Reynolds, et. al., 2008; Prado, et al., 2020). De outra forma, a utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional positivas e a diminuição de utilização de estratégias negativas pelos enfermeiros correlacionam-se com maior resiliência de acordo com os teóricos citados.

A resiliência tem um efeito protetor (Silva et al., 2016; Melo Castro et al., 2016; Min et al., 2013) o que nos faz crer que nestes enfermeiros esse efeito possa ter moderado uma gravidade maior de sintomas de depressão, ansiedade e stress peritraumático. Os enfermeiros mais adaptados emocionalmente seriam também os mais resilientes, facto que verificamos partindo das correlações obtidas. O nível de resiliência apresentou correlação positiva com a utilização de ECRE positivas e correlação negativa com a utilização de ECRE negativas, com níveis crescentes de depressão e de stress peritraumático induzido pela COVID-19. Estes resultados possibilitam a melhor compreensão dos constructos psicológicos da resiliência e regulação emocional em tempos pandémicos e em enfermeiros portugueses complementando a investigação dos seus efeitos de proteção e vulnerabilidade (Gross, 1998; Garnesfki, 2001; Connor & Davidson, 2003; Tugade & Fredrickson, 2007; Min et al., 2013).

A resiliência é assim confirmada como uma competência adaptativa influenciada pela utilização de todas as estratégias positivas de regulação cognitiva e não apenas pela reorientação positiva, o foco no planeamento e a reavaliação positiva como referiram Melo Castro et al. (2017) e Min et

al.(2013). Todas as ECRE Positivas conferiram um aumento da probabilidade de os enfermeiros serem resilientes após exposição ao stress ou evento negativo como a pandemia. Nesta medida, a resiliência dos enfermeiros pode aumentar através de intervenções psicológicas que visem diminuir a utilização de todas as estratégias cognitivas negativas e não somente a ruminação como referem Min et al. (2013).

O risco relativo de os enfermeiros com ‘baixo nível de resiliência’ desenvolverem depressão é superior quando comparado com os enfermeiros com ‘alto nível de resiliência’. De forma idêntica o risco relativo de os enfermeiros desenvolverem stress peritraumático relacionado com a pandemia em iguais circunstâncias é também superior. A resiliência pode ajudar a reduzir a vulnerabilidade dos enfermeiros uma vez que elevada resiliência está relacionada com menos stress (Silva et al., 2016) e stress peritraumático reforçamos nós.

Pelas conhecidas associações entre a presença de stress, ansiedade e depressão e a correlação positiva entre o nível de stress peritraumático associado à pandemia e o nível de depressão (Pinto & Cardoso, 2021, *in press*) será de prever que as intervenções psicológicas baseadas na TCC e que se apoiem no aumento da resiliência sejam eficazes no combate ao stress peritraumático.

Dado que o nível de resiliência contribui para a adaptabilidade do enfermeiro na adversidade e o protege do risco de depressão e stress peritraumático, relembramos que a medição deste último, através da utilização do ISPTC, incluiu a avaliação de ansiedade, fobias específicas, mudanças cognitivas, dificuldades de decisão, comportamentos compulsivos e sintomas psicossomáticos (Taylor et al., 2020; Pinto e Cardoso, 2020, *in prep.*). Desta forma, inferimos que as intervenções psicológicas em enfermeiros que visem aumentar a resiliência, pela via cognitiva com base nos achados deste estudo, também apresentem efeito benéfico nos problemas psicológicos citados.

CONCLUSÕES

Verificamos que o nível de resiliência psicológica é considerado médio/alto em 70.5% dos enfermeiros da amostra. Concluimos que a resiliência global aumenta com a utilização de estratégias de regulação cognitiva emocional positivas e diminui com a utilização de estratégias negativas. Apresentar maior resiliência correlaciona-se com menor nível de depressão e menor nível de stress peritraumático. Ter resiliência elevada diminui a probabilidade de risco de depressão e stress pandêmico,

por outro lado, um nível baixo de resiliência aumenta nos enfermeiros o risco relativo de sofrerem de depressão e de stress peritraumático em comparação com os mais resilientes.

Limitações e recomendações

O presente estudo apresenta como principais limitações a ausência de recolha de informação sobre a área de prestação de cuidados onde os enfermeiros desempenhavam funções e o desequilíbrio em número entre participantes em relação ao género, circunstância que vem sendo recorrente nas investigações, não experimentais, em ciências sociais e humanas. Recomendamos estudos que procurem ultrapassar essas dificuldades e que clarifiquem o efeito protetor das diferentes dimensões da resiliência no stress peritraumático e depressão em profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Afonso, P., & Figueira, L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(1), 2-3. <https://core.ac.uk/download/pdf/335346838.pdf>
- Almeida, I. M. D. (2020). Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.140>
- Almeida, M. H., Dias, S., Xavier, M., & Torgal, J. (2020). Validação exploratória e confirmatória da escala de resiliência Connor-Davidson (CD-RISC-10) numa amostra de inscritos em centros de emprego. *Acta medica portuguesa*, 33(2), 124-132. <https://doi.org/10.20344/amp.12243>
- Anjos, J., Santos, M. J., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-Davidson Resilience Scale: Validation study in a Portuguese sample. *BMJ Open*, 9(6), e026836. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026836>
- Antonelli-Ponti, M., Cardoso, F., Pinto, C., & Silva, J. A. (2020). Efeitos da pandemia de COVID-19 no Brasil e em Portugal: estresse peritraumático. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 14(4), 239-259. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.32262>
- Asensio-Martínez, Á., Oliván-Blázquez, B., Montero-Marín, J., Masluk, B., Fueyo-Díaz, R., Gascón-Santos, S. & Magallón-Botaya, R. (2019). Relation of the psychological constructs of resilience, mindfulness, and self-compassion on the perception of physical and mental health. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 1155. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S225169>
- Beck AT. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press. <https://books.google.pt/books>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Davidson J.R.T (2018). Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual. Unpublished. 08-19-2018. <http://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%2008-19-18.pdf>
- Fernandes, M. A., & Ribeiro, A. A. de A. (2020). Salud mental y estrés ocupacional entrabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Revista Cuidarte, 11* (2), Article 2. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1222>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry, 63*(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences, 38*(6), 1317–1327. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.014>
- Garnefski, Nadia, & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*(6), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.4.010>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2012). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion, 13*(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2002). *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. *Psychophysiology, 39* (3), 281–291. Doi 10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Editores ?? *Handbook of emotion regulation, 2nd ed.* (pp. 3–20). The Guilford Press.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry, 7*(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open, 3*(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Martin, R., Dahlen, E. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- asten, A. S., & Wright, M. O. (2010). *Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation*. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (p. 213–237). The Guilford Press. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=lyRc8ZshU98C&oi=fnd&pg=PA213&ots=fy2GQ7Xy3t&sig=JBFzmIx0bSPgapwfaCr4pv4JGOI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Masten, A. S. (2013). Masten, A. S. (2013). Risk and resilience in development. In P. D. Zelazo (Ed.), *The Oxford handbook of developmental psychology, Vol. 2. Self and other* (pp. 579–607). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2013-01013-023>
- elo Castro, A. M. F., Bueno, J. M. H., Ricarte, M. D., & Gaião, E. S. (2017). Validade discriminante entre regulação emocional e resiliência. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 16(2), 241-248. DOI 10.15689/AP.2017.1602.15
- Mín, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1190-1197. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.008>
- Moreira, W. C., Sousa, A. R. D., & Nóbrega, M. D. P. S. D. S. (2020). Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: ScopingReview. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0215>
- Nemeroff, C.B., & Vale, W.W. (2005). The neurobiology of depression: inroads to treatment and new drug discovery. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (suplemento 7), 5-13. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/15386_neurobiology-depression-inroads-treatment-drug-discovery.pdf
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência, serIII* (7), 43–54. <https://doi.org/10.12707/RIII1175>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5 (2), 229-239. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81876.pdf>
- Pierce, M., McManus, S., Hope, H., Hotopf, M., Ford, T., Hatch, S. L., ... & Abel, K. M. (2021). Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *The Lancet Psychiatry*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00151-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00151-6)
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo*, 9(1), 67-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>
- Prado A. D., Peixoto B. C., da Silva A. M. B., & Scalia L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>

- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2011). Resilience science and practice: Current status and future directions. *Continuity Versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience & Resourcefulness In Life & Therapy*, ed. N. Science (New York).
- Reynolds, D., Garay, J., Deamond, S., Moran, M., Gold, W., & Styra, R. (2008). Compreensão, conformidade e impacto psicológico da experiência de quarentena da SARS. *Epidemiology and Infection*, 136 (7), 997-1007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Rodrigues, J. V., dos Santos Veber, L., & do Amaral, P. L. (2020). Revisão Sobre Regulação Emocional, Processos de Enfrentamento e Adaptação. *Anais Congrega MIC-ISBN: 978-65-86471-05-2 e ANAIS MIC JR.-ISBN: 978-65-86471-06-9*, 16, 103-108. <http://revista.urcamp.edu.br/index.php/congregaanaismic/article/view/3607>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626–631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of happiness studies*, 8(3), 311-333. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
- Taylor, S., Landry, CA, Paluszek, MM, Fergus, TA, McKay, D., & Asmundson, GJ (2020). Desenvolvimento e validação inicial das escalas de estresse COVID. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2020-0006>
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 1(2), 30-44. <https://books.google.pt/books>
- chultz, C. C., Corrêa, K. I. D., Vaz, S. M. C., Colet, C. de F., & Stumm, E. M. F. (2020). Resilience of the nursing team in the hospital scope with emphasis on the pandemic COVID-19. *Research, Society and Development*, 9(11), e539119466. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9466>
- Silva, S. M., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016, n.16, pp.41-48. ISSN 1647-2160. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Souza, M. T. S.; Oliveira, C. M. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 119-126. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440113.pdf>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Análise cientométrica, revisão sistemática e metanálise qualitativa: trabalhadores da saúde, COVID-19, saúde mental e segurança no trabalho

Tatiana de Lucena Torres,

Thaís Augusta de Oliveira Máximo,

Rian Enedino Pereira Cruz

Este estudo de revisão sistemática da literatura e metanálise qualitativa objetivou analisar artigos científicos internacionais, publicados na língua inglesa, entre março e outubro de 2020, acerca do tema saúde mental e segurança no trabalho entre trabalhadores da saúde no contexto da Covid-19. O método de revisão utilizou artigos científicos disponíveis na base de periódicos Google Scholar, que foram submetidos a análises cientométricas e análises textuais com auxílio do software Iramuteq. Os textos foram selecionados a partir dos seguintes temas: covid-19, saúde mental e segurança no trabalho para trabalhadores da saúde. Foram avaliados por três juízes técnicos que, com base em critérios de inclusão e exclusão, chegaram a 21 artigos. Os estudos acessados apresentaram o seguinte perfil: estudos empíricos e teóricos (revisão da literatura), com ênfase em estudos tipo survey e experimentais, diversidade no que diz respeito às autorias, nacionalidades, instituições, com destaque para a área de saúde e subárea da medicina, que se destacaram pela formação e vinculação institucional dos autores. A sessão de resultados dos artigos foi analisada, indicando: (a) necessidade de intervenções em saúde mental voltadas para os trabalhadores da saúde que atuam no enfrentamento à Covid-19, (b) aumento nos relatos de sofrimento e adoecimento mental desses trabalhadores, (c) além do acesso, é preciso considerar o uso e gestão do EPI e (d) alto número de infecções por Covid-19 entre os trabalhadores.

Em dezembro de 2019, o mundo se deparou com os primeiros casos de uma doença que viria a tomar proporções de escala mundial em um espaço assustadoramente curto de tempo. O primeiro surto de Covid-19, doença altamente infecciosa e letal causada pelo SARS-CoV-2 foi noticiado pela primeira vez na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China (Chandra & Vanjare, 2020; Vagni et al., 2020). Pouco depois do primeiro caso, os episódios de contágio do novo Covid-19 chamaram a atenção das autoridades sanitárias. Já em fins de janeiro de 2020, o Comitê de Emergên-

cia para Regulamento Sanitário Internacional, da Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou a epidemia uma “emergência de saúde pública de preocupação internacional”. Em 11 de março de 2020, o Diretor Geral da instituição, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, reconheceu a situação como se tratando de uma pandemia (Sulaiman et al., 2020; Zhao et al., 2020).

Dentre os danos que a patologia em questão pode causar à saúde dos indivíduos acometidos, pode-se citar: febre, tosse, fadiga, dificuldade de respiração, náusea, ânsia de vômito, diarreia, dores nas articulações musculares, perda de apetite, pneumonia, insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal, alterações no olfato (anosmia), alterações no paladar (disgeusia). Em alguns casos, pode levar até mesmo a óbito (Yildirim et al., 2020; Magnavita et al., 2020). Sendo assim, profissionais da saúde foram mobilizados para fazer parte da linha de frente no enfrentamento às consequências dessa doença.

Antes mesmo da pandemia, esses trabalhadores já estavam submetidos a inúmeras condições que poderiam ser deletérias à sua saúde física e mental, uma vez que sua atuação profissional os subordina aos mais variados desafios, como as longas cargas horárias de trabalho, serviços de chamada médica, gerenciamento de emergências, falta de pessoal, necessidade de lidar diariamente com situações de sofrimento extremo e potencial risco de episódios de violência física e psíquica (Buselli et al., 2020). Com a chegada das dificuldades ligadas à rotina de trabalho na pandemia, os profissionais da saúde tiveram que passar por ainda mais adversidades na realização de suas atividades cotidianas. Estudos demonstram que, por terem que enfrentar rotinas de trabalho ainda maiores, dilemas morais durante o cuidado e um ambiente de prática clínica em constante mudança, a linha de frente no combate ao Covid-19 foi negativamente impactada pelo imediato fardo ocupacional e psicológico, o que acarretou nesses profissionais, entre outros sintomas, o temor pela sua saúde, solidão, insônia, ansiedade, síndrome de burnout, depressão e sintomas de estresse pós-traumático (Kannampallil et al., 2020; Sulaiman et al., 2020).

Sabendo disto, faz-se necessário destacar a importância e relevância que assume, no presente momento, o cuidado e a atenção que devem ser direcionados às pautas de saúde e segurança mental e ocupacional dos trabalhadores de saúde no combate ao Covid-19. Dentre as iniciativas de cuidado a esses trabalhadores deveriam estar o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados para a mitigação dos danos aos quais sua saúde está exposta, além de um suporte psicossocial que seja eficiente em

providenciar intervenções em crises psicológicas e avaliação para níveis de estresse, ansiedade, depressão e burnout (Jain, 2020; Robertson et al., 2020; Sulaiman et al., 2020).

Impulsionado por todos esses fatos, no primeiro semestre de 2020, o Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho (GPST), vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que atua com pesquisas, extensão e ensino no contexto das organizações de trabalho e que tem acompanhado a situação dos trabalhadores da saúde, mobilizou debates a respeito das possíveis contribuições para amenizar as dificuldades enfrentadas por esses trabalhadores.

Ainda em 2020, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) lançou a chamada de pesquisas para o enfrentamento da Covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves. E assim, após submissão e aprovação do projeto intitulado “A Saúde dos Trabalhadores da Saúde no Contexto da Pandemia da Covid-19: Prevenção e Cuidado”, a oportunidade de contribuir de forma mais enfática para a compreensão do trabalho dos profissionais que atuam no enfrentamento à pandemia pela Covid-19 se concretizou.

Diante do exposto, o presente capítulo objetiva analisar os estudos científicos internacionais sobre saúde mental e segurança no trabalho para trabalhadores da saúde no contexto da pandemia de Covid-19. E para tal, escolhemos realizar uma revisão sistemática da literatura, uma análise cientométrica e uma metanálise qualitativa, partindo da seguinte pergunta de pesquisa: Quais as características (delineamento, métodos, resultados) dos estudos científicos sobre a temática da saúde mental e segurança no trabalho para trabalhadores da saúde no contexto da pandemia de Covid-19? Esta produção é resultado de uma das etapas de desenvolvimento do projeto mencionado anteriormente.

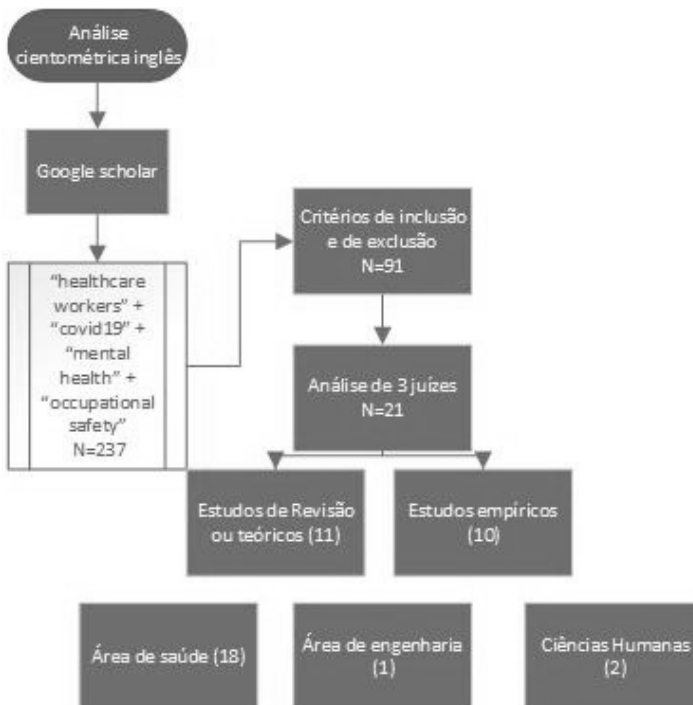
O caminho metodológico

O delineamento metodológico do presente estudo se configurou como de levantamento de dados secundários para a realização de uma revisão sistemática da literatura e de uma metanálise qualitativa, considerando os achados nas análises cientométricas e textuais lexicográficas, seguindo as normas previstas para metanálises (MARS) (APA, 2012). Apesar da metanálise ser enquadrada como uma forma de análise estatística de dados secundários (Durach, Kembro & Wieland, 2017; Figueredo et al., 2014), observamos que a metanálise qualitativa é um procedimento que, a partir da revisão sis-

temática, pode proporcionar integração dos achados e compreensão da teorização, ressaltando as contradições entre eles (Bicudo, 2014; Lopes & Fracoli, 2008; Zimmer, 2006). Quando a revisão sistemática se soma a análise cientométrica temos informações tanto sobre o conteúdo quanto sobre características dos estudos científicos.

A revisão sistemática foi realizada a partir da base de periódicos *Google Scholar*, onde foram selecionados artigos publicados em língua inglesa, entre março e novembro de 2020, utilizando como descritores: “healthcare workers” (AND) “covid-19” (AND) “mental health” (AND) “occupational safety”. A busca foi realizada em novembro de 2020. Como critérios de exclusão foram retirados do material de análise os artigos repetidos, em outras línguas e os que não estavam acessíveis integralmente. O material selecionado foi avaliado por três juízes técnicos que, com base nos critérios de inclusão e exclusão, chegaram a 21 artigos que versavam sobre a temática da pesquisa (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da análise cientométrica e seleção dos artigos para a revisão sistemática. Fonte: dados da pesquisa.



Os dados advindos das informações cientométricas foram analisados de forma descritiva, enquanto que as sessões de resultados dos 21 artigos selecionados na análise de juízes, foram submetidas a análises textuais lexicográficas com auxílio do programa IRaMuteQ (acrônimo de *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), utilizando os seguintes critérios de análise: $c^2 \geq 3,84$; $p < 0,001$; $f \geq$ média de ocorrências/forma. Os textos selecionados tinham foco na temática: covid-19, saúde mental e segurança no trabalho para trabalhadores da saúde. A análise cientométrica considerou informações como: mês de publicação do artigo, autores, localização geográfica, tipo de publicação, delineamento do estudo, qualificação da revista, formação dos pesquisadores, área de publicação. A análise lexicográfica utilizou as seguintes análises: Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e Similitude. A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, muito embora se trate de uma pesquisa teórica com dados secundários, tendo como caae 38746420.0.0000.5188.

Análise cientométrica: um perfil da produção científica internacional sobre saúde mental e segurança no trabalho

Os 21 artigos selecionados apresentaram a participação de 120 autores, uma média de pouco mais de 5 autores por artigo. Esses autores se distribuíram em 49 instituições. Já entre as instituições, as que acomodaram mais pesquisadores foram: Wuhan University (7), Universidade do Oeste de Santa Catarina (6), Washington University (6) e University of Miami (5). Não houve repetição de autores e ocorreu heterogeneidade nas nacionalidades dos autores e nos locais de pesquisa. Países como Estados Unidos (4), Itália (3), Índia (3), China (2), Turquia (2), apresentaram mais de uma publicação científica, enquanto que países como: Malásia, Paquistão, África do Sul, Brasil, Iran, Líbano, Colômbia, Austrália, Canadá, apresentaram uma única publicação. Os títulos dos artigos foram descritos na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Títulos dos 21 artigos selecionados na revisão sistemática.

1	The scientific literature on Coronaviruses, COVID-19 and its associated safety-related research dimensions: A scientometric analysis and scoping review
---	---

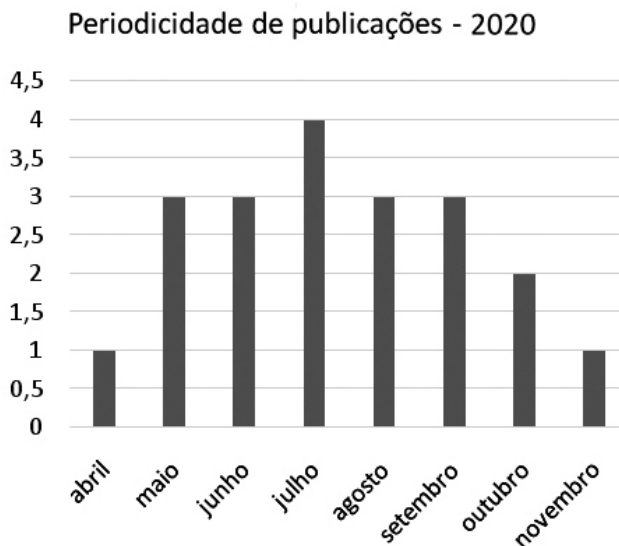
Continua

2	Psychological Care of Health Workers during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary Report of an Occupational Health Department (AOUP) Responsible for Monitoring Hospital Staff Condition
3	Symptoms in Health Care Workers during the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey
4	Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a crosssectional survey
5	Protecting the front line: a crosssectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA
6	Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout
7	Development of a Remote Psychological First Aid Protocol for Healthcare Workers Following the COVID-19 Pandemic in a University Teaching Hospital, Malaysia
8	Mental health of healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A rapid scoping review to inform provincial guidelines in South Africa
9	Knowledge and practice of physicians during COVID-19 pandemic: a crosssectional study in Lebanon
10	Promoting Health Worker Safety; A Priority for Patient Safety during COVID -19 Pandemic and Beyond
11	The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?
12	Burnout in hospital medical staff during the COVID-19 pandemic: diagnosis, treatment, and prevention
13	COVID19: A Systematic Approach to Early Identification and Healthcare Worker Protection
14	Risk of COVID-19 due to Shortage of Personal Protective Equipment
15	Coping by the healthcare workers during COVID-19 pandemic in developing countries - A review
16	Occupational health in the framework of the COVID-19 pandemic: a scoping review
17	Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey

18	Heat warning and public and workers' health at the time of COVID-19 pandemic
19	Psychological Status of Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic
20	COVID-19 in Brazil: The challenges to face the pandemic by health professionals
21	Impact of COVID 19 on Health Care Personnel

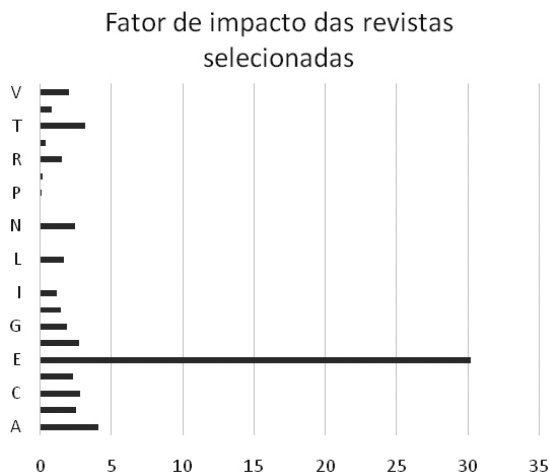
Embora os primeiros casos de Covid-19 remontem ao final de 2019, a maior parte das publicações científicas sobre a temática pesquisada ficou centralizada no segundo semestre de 2020 (Figura 2). E as áreas de conhecimento dos artigos acessados, conforme indicadas pelos autores e revistas, foram diversificadas: saúde (medicina, enfermagem, neurociências, psiquiatria, saúde ocupacional, psicologia), ciências humanas (economia) e exatas (engenharia), mas houve destaque para pesquisadores da área de medicina como maioria nas autorias dos artigos.

Figura 2: Periodicidade e volume de publicações entre março e novembro de 2020. Fonte: dados da pesquisa.



No que diz respeito ao delineamento metodológico dos artigos, os mesmos se equipararam entre estudos teóricos (revisões, documental) e empíricos (*survey*, experimental), com destaque neste último caso, para o uso de questionários, sobretudo em formato digital. Quando consideramos a qualificação dos artigos selecionados na revisão, observamos que são artigos bem qualificados, a maioria indexados nas bases *Scopus* e *Web of Science*, além de terem um bom fator de impacto, que em média foi de 3,108 (Figura 3).

Figura 3: Fator de impacto das revistas selecionadas na revisão sistemática. Fonte: dados da pesquisa.

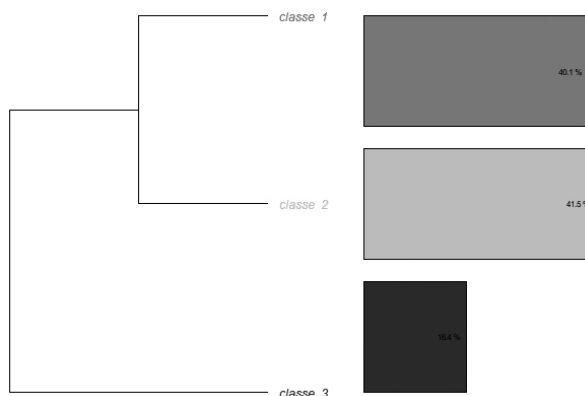


Inferimos, portanto, que os pesquisadores internacionais se articularam e ampliaram os horizontes de suas pesquisas, publicando estudos resultantes de parcerias entre pesquisadores e instituições de diversos países, numa tentativa de dar respostas às necessidades e problemáticas vivenciadas pelos trabalhadores da saúde, pelas gestões, pelos governos e pela população geral.

Análise textual lexicográfica: principais achados dos artigos internacionais selecionados

As sessões de resultados dos 21 artigos selecionados, compuseram 80 páginas que foram submetidas à análise textual lexicográfica. O *corpus* constituído foi submetido à primeira análise, denominada Classificação Hierárquica Descendente (CHD), apresentando 30.856 palavras, 290 formas de palavras, com 579 segmentos de texto analisados dos 870 (66,57%), 3 classes foram geradas, com média de 35,4 formas por segmento de texto.

Figura 4: Dendrograma do corpus “Saúde e Segurança no Trabalho”
Fonte: Iramuteq (dados da pesquisa).



A partir do dendrograma (Figura 4) e avaliando os contextos das classes desenvolvidas, foi possível observar que houve uma oposição entre a Classe 3 (Análises estatísticas) e as demais classes. A Classe 3 (18,4% do *corpus*) agrupou os estudos empíricos que utilizaram análises estatísticas mais rebuscadas, a exemplo dos estudos tipo *survey* e experimentais, isso ocorreu por causa da linguagem característica desses estudos, que utilizam o padrão dos termos estatísticos. Muito embora o IRaMuteQ não seja um programa de análise de conteúdo, ele considera a frequência das palavras para fazer os agrupamentos nas classes, mas além da frequência, também utiliza testes estatísticos de associação como o qui-quadrado (X^2) e análises fatoriais (Camargo & Justo, 2013).

Na Figura 5 é possível visualizar o plano fatorial com as palavras típicas de cada uma das três classes. A mesma figura apresenta palavras como: *score, difference, score, minus, significant, table, statistically*, que configuram os termos estatísticos que se agruparam na Classe 3. Essas palavras são maiores que as demais no plano fatorial porque são as mais frequentes. Instrumentos e análises também foram encontrados nessa classe: *regression, inventory, multivariable, questionnaire*. E além disso, também houve agrupamento de palavras que remetem às questões sociodemográficas: *variable, gender, female, male, participant, marital, caucasian, age*, entre outros. Com menor frequência e de forma menos evidente, doenças e problemas de saúde mental também foram agrupados nessa classe: *depression, trauma, cope, anxiety*, entre outros. Isso ocorreu porque alguns dos instrumentos utilizados nos estudos tinham como objetivo medir sintomas e adoecimento mental. Entre esses

Além do momento da desparamentação (retirada dos EPIs), os artigos indicam que o contato com pacientes e seus familiares também é um momento de risco para os trabalhadores da saúde, por isso, os estudos reforçam a importância de informar os usuários dos serviços a respeito dos cuidados e da prevenção (Narwal& Jain, 2020). *“Display of visual alerts educational material in vernacular language for family members and patients can also help reduce infection risk amongst HWs.”* (Nawal& Jain, 2020).

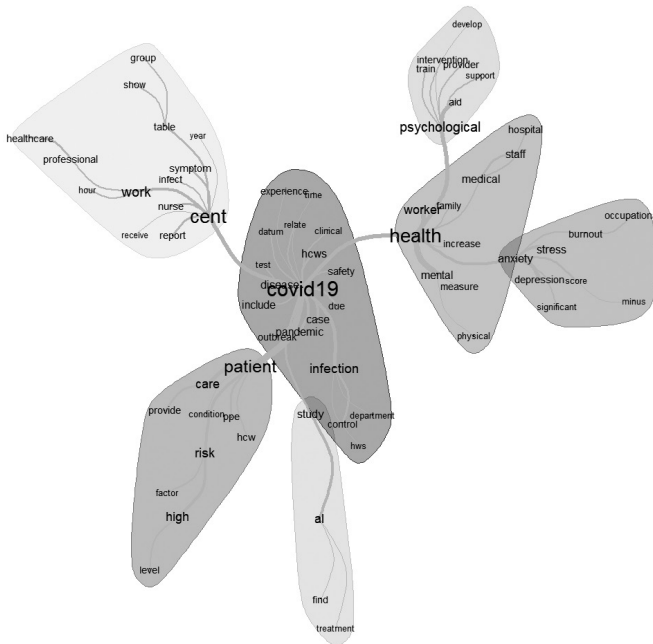
Os estudos evocam ainda as diferenças entre os contextos de atuação dos profissionais de saúde, pois trabalhar numa unidade hospitalar é diferente de trabalhar numa unidade de atendimento comunitária, assim como, trabalhar numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é diferente de trabalhar no ambulatório, os contextos precisam ser considerados na avaliação dos riscos ocupacionais, assim como os processos e a organização do trabalho (Jain, 2020). O uso do EPI é essencial, mas desvelar como os trabalhadores utilizam esse equipamento e considerar as suas necessidades durante o uso no contexto da pandemia, nos parece ainda mais importante para diminuir os riscos de contaminação(Schwartz, King & Yen, 2020). *“When placing the complete PPE in intensive care unities, workers are restricted for about 6 hours, without stopping to drink, eat or go to the bathroom and, at the end of the day, there is still the risk of selfcontamination during the removal of PPE”* (Yildirim et al., 2020).

Na Classe 1 (Segurança e saúde mental dos trabalhadores – 40,1% do corpus) há destaque para a palavra “safety”, que se relaciona com segurança no trabalho, mas também com a segurança social. *“Therefore, safety and health in the workplace and tripartite involvement governments, employers and workers is the key to longterm success in containing the pandemic.”* (Betancourt-Sánchez et al., 2020).

As palavras: *psychological* (F=45), *Burnout*(F=32), *support* (F=23), *occupational*(F=28), *mental* (F=31), *healthcare* (F=28) indicam a necessidade de cuidado com a saúde mental e apoio psicossocial para os profissionais de saúde. Alguns estudos descrevem o trabalho dos profissionais de saúde como experiências sequenciadas de estresse pós-traumático (Robertson et al., 2020) e até de “coronafobia” (Amin, 2020). De forma recorrente os estudos selecionados na revisão sistemática revelam a necessidade premente de desenvolver ações e programas (institucionais e/ou de políticas públicas) voltados para o acolhimento, prevenção e tratamento de transtornos mentais entre trabalhadores da saúde.

Na intenção de realizar uma análise mais complexa, optamos por desenvolver também uma análise de similitude com o corpus gerado a partir da sessão de resultados dos manuscritos. Essa análise demonstra a co-ocorrência de palavras, com base na frequência, aproximação e distanciamento entre as palavras no texto (Figura 6).

Figura 6: Árvore de similitude do corpus “saúde mental e segurança no trabalho”. Fonte: Iramuteq (dados da pesquisa).



Na figura 6, observamos que a palavra *Covid-19* é central e organiza todas as outras. Na árvore de similitude as três classes observadas na CHD (Figura 4) e na AFC (Figura 5) se complexificam. No centro verificamos um eixo de conexões sobre a doença: a Covid-19 como uma doença infecciosa pandêmica (*disease, pandemic, infection*). Há uma conexão forte entre os elementos: saúde e paciente, mediada por Covid-19 (*health, patient, COVID-19*), juntamente com um outro eixo revelado nos estudos quantitativos (*cent*), mas que agora se articula com o cuidado voltado para a saúde dos profissionais (*work, nurse, report, infect, symptom*), inferimos que se trata de estatísticas de infecção dos trabalhadores da saúde, especialmente a infecção por Covid-19 entre as profissionais de enfermagem.

Ainda na Figura 6, a relação entre Covid-19 e pacientes, se apresenta especialmente no risco de contágio para os trabalhadores da saúde (*HCW*), e por isso, a ênfase no uso dos EPIs (*PPE*) como cuidado e prevenção (*care*). Observamos ainda, uma forte conexão entre Covid-19 e saúde, especialmente a saúde mental dos trabalhadores (*health, worker, mental*), que se relaciona com o apoio psicossocial (*family, staff*) e o suporte psicológico (*support, psychological, aid, provider, intervention*), com indicações inclusive das formas de adoecimento mental (*Burnout, stress, anxiety, depression, occupational*) (Magnavita, Tripepi & Di Prinzio, 2020; Vagni, Maiorano, Giostra & Pajardi, 2020).

Metanálise qualitativa dos achados nos artigos internacionais: consensos e dissensos

Com base nos estudos analisados em nossa revisão, em torno de 30% dos trabalhadores da saúde se infectaram com Covid-19, e remetem a infecção ao contexto de trabalho. Não raro os acidentes de trabalho dos profissionais de saúde envolvem a contaminação e o adoecimento pelo contato com pacientes ou com instrumentos de trabalho contaminados, no caso da Covid-19, não parece ser diferente. A infecção por Covid-19 entre trabalhadores da saúde é triplamente danosa, primeiro porque envolve o risco de todos os que tiveram contato com aquele profissional (trabalhadores, pacientes e seus familiares), segundo pela ausência daquele profissional no enfrentamento à pandemia, e por último, pelo dano psicossocial à família dos trabalhadores e a eles próprios.

Os EPIs são considerados o principal meio de proteção e prevenção contra a infecção pelo Covid-19, e aparecem nos artigos como essenciais à segurança no trabalho, não apenas no que diz respeito ao acesso, mas também em sua correta utilização e gestão (Jain, 2020), considerando as especificidades do trabalho e dos trabalhadores, além do contexto em que o trabalho é realizado (Silva et al., 2020). Como exemplo, Jain (2020) chama atenção para o uso das máscaras N95, consideradas de alto custo e mais adequadas para os trabalhadores da saúde. Segundo o referido autor, essas máscaras podem ser reaproveitadas, desde que utilizando os produtos químicos adequados. O uso, descarte e troca do EPI precisa ser considerado mediante as necessidades básicas que todos os trabalhadores possuem de se alimentar, ter o descanso previsto nos plantões, fazer a sua higiene pessoal, sem que esse seja um momento de infecção (Zhao et al. 2020). Para tanto, consideramos que é preciso proporcionar treinamentos formais, mas também fomentar

momentos de reflexão e compartilhamento de experiências entre os trabalhadores, mediado por profissionais que possam difundir informações e formar efetivamente os profissionais, considerando o trabalho real e a subjetividade dos trabalhadores (Dejours, Barros & Lancman, 2016).

Nesse sentido, as indicações para cuidados em saúde mental dos trabalhadores da saúde que lidam com o enfrentamento à Covid-19 são unânimes em praticamente todos os artigos desta revisão. No entanto, os estudos indicam intervenções no âmbito individual, que fomentem o tratamento dos trabalhadores adoecidos por causa do trabalho, e essas ações envolvem sobretudo acompanhamento psiquiátrico e psicológico individuais (Buselli et al., 2020; Kannampallil et al., 2020). Alternativas para esse atendimento foram indicadas por Sulaiman et al. (2020), ao citar o Protocolo de Apoio Psicológico (PsychologicalFirstAid – PFA) realizado na Malásia. Esse protocolo utilizou a escuta psicológica por atendimento virtual remoto e por telefone, oferecida para os trabalhadores da saúde como intervenção, diante das dificuldades envolvidas no atendimento presencial. Nos parece crucial o investimento em intervenções e ações em políticas e programas de atendimento em saúde mental voltados para os trabalhadores da saúde, especialmente para aqueles que estão no enfrentamento à Covid-19. Consideramos que fomentar espaços de diálogos e de apoio mútuos entre os trabalhadores, para que possam conversar sobre o seu trabalho, pode ser uma intervenção possível, que atuaria na promoção e prevenção em saúde mental (Dejours, 2012).

Os artigos empíricos do tipo *survey*, que usaram inventários e instrumentos de mensuração quantitativas identificaram a depressão, transtornos de ansiedade, Burnout e estresse pós-traumático como os problemas de saúde mental mais encontrados entre os trabalhadores de saúde, sobretudo, entre mulheres, enfermeiras e jovens (Buselli et al., 2020). É sabido que as mulheres são maioria nos serviços de cuidado em saúde, e esse aspecto pode ter sido um aspecto interveniente nos estudos. Por isso, esses dados precisam ser melhor apurados considerando a realidade de cada país, e de cada contexto de trabalho, uma vez que reunimos nessa revisão estudos que ocorreram em diversos países. Aliás, esse também foi um achado do nosso estudo de revisão, uma vez que os artigos analisados demonstraram muita articulação entre diversos pesquisadores, de diferentes países, com publicações de estudos empíricos, o que revela a agilidade, dinamicidade e compromisso dos pesquisadores, considerando o ineditismo da temática.

Mas, dentre os estudos internacionais selecionados, nenhum artigo foi desenvolvido por pesquisadores brasileiros ou no contexto brasileiro, isso pode estar relacionado com o recorte temporal, uma vez que o primeiro caso notificado no Brasil só ocorreu em março de 2020. Mas, também pode revelar o quanto ainda precisamos avançar no incentivo às pesquisas no Brasil e o quanto ainda precisamos de agilidade na produção e publicação de nossos estudos, além de articulação de pesquisadores no âmbito nacional e internacional.

Foi possível identificar que a produção científica internacional acessada nesta revisão foi relevante e qualificada, no entanto, a área da psicologia não se destacou entre os autores, pois a maioria era da área de medicina. Tal aspecto nos chama atenção, uma vez que um dos temas centrais foi a saúde mental de trabalhadores da saúde e que os achados principais dos artigos foram: 1. Maior necessidade de intervenção entre os trabalhadores da saúde, sobretudo, na prevenção e tratamento dos transtornos de ansiedade, depressão, Burnout e estresse pós-traumático; 2. Necessidade de programas e políticas institucionais voltados para a saúde mental dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde que atendem Covid-19.

Compreendemos que intervir em saúde mental no trabalho só é possível de forma efetiva quando pensamos os trabalhadores enquanto indivíduos e coletivos. Diante de uma pandemia, algo imprevisível, emergencial, os trabalhadores da saúde precisam dos coletivos em cooperação, de uma gestão voltada para as normatizações e padronizações, mas também que considere as diferenças existentes entre contextos e trabalhadores. Muitas vezes, os trabalhadores precisam usar de sua inteligência astuciosa (Dejours, 2012) para conseguir realizar o trabalho, para tanto, não raramente, desconsideram sua própria segurança em prol de concretizar o atendimento, executar a tarefa, mesmo diante das faltas de estrutura, de EPI adequado e/ou suficiente, e de reconhecimento.

Conclusões em andamento

Finalizamos esse capítulo na expectativa de ter respondido ao problema de pesquisa que subsidiou o nosso estudo de revisão sistemática e metanálise qualitativa: Quais as características (delineamento, métodos, resultados) dos estudos científicos sobre a temática da saúde mental e segurança no trabalho para trabalhadores da saúde no contexto da pandemia de Covid-19?

Os estudos internacionais acessados na revisão sistemática apresentaram o seguinte perfil: estudos empíricos e teóricos (revisão da literatura), com destaque para os estudos tipo *survey* e experimentais, com diversidade no que

diz respeito às autorias, nacionalidades, instituições. A área da saúde e a subárea da medicina se destacaram na formação e vinculação institucional dos autores. A sessão de resultados dos artigos foi analisada, indicando que: (a) necessidade de intervenções em saúde mental voltadas para os trabalhadores da saúde que atuam no enfrentamento à Covid-19, (b) aumento nos relatos de sofrimento e adoecimento mental desses trabalhadores, (c) além do acesso, é preciso considerar o uso e gestão do EPI, (d) alto número de infecções por Covid-19 entre os trabalhadores.

Diante do exposto, consideramos importante pontuar as limitações do nosso estudo, uma vez que a revisão ficou circunscrita a um período pequeno e muito específico de tempo (pouco mais de 6 meses), indicando a necessidade de atualização periódica, por se tratar de uma temática emergente e inédita, que passa por transformações e mudanças, inclusive nas produções científicas. Além disso, nosso levantamento considerou apenas uma base de periódicos (*Google Scholar*), devendo ser ampliada em futuros estudos. Novos estudos devem considerar o evento da vacinação nas análises e discussões dos resultados, essa lacuna existe em nossa pesquisa porque no período analisado, esse fato ainda não estava amplamente difundido.

Finalmente, surge uma agenda de pesquisa que busque compreender os contextos de infecção pela Covid-19 entre os trabalhadores da saúde, considerando o uso e limitações dos EPIs, além de analisar meios e proposições de intervenções individuais e coletivas em saúde mental dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- Amin, S. (2020). The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia? *International Journal of Healthcare Management*, 13(3): 249-256. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1765119>
- Bicudo, M. A. V. (2014). Meta-análise: seu significado para a pesquisa qualitativa. *REVEMAT: Revista Eletrônica de Educação Matemática*, 9, 7-20. doi: 10.5007/1981-1322.2014v9nespp7.
- Betancourt-Sánchez, Luis C., Ochoa-Gelvez, Edwin O., Velásquez-Bernal, Claudia C., Roza-Silva, Yenny A., & Quiroga-Vargas, Daniel A. (2020). Occupational health in the framework of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Revista de Salud Pública*, 22(3), e300. Epub January 29, 2021. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.87238>.
- Buselli, R., Baldanzi, S., Corsi, M., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Carmassi, C., Dell'Osso, L. & Cristaudo, A. (2020). Psychological care of health workers during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary report of an Occupational Health Department (AOUP) responsible for monitoring hospital staff condition. *Sustainability*, 12(12), 5039.

- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia, 21*(2), 513-518. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- Chandra, A., & Vanjare, H. (2020). Coping by the healthcare workers during COVID-19 pandemic in developing countries-A review. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care, 24*(3), 346-353.
- Dejours, C.; Barros, J. O.; Lancman, S. (2016). A centralidade do trabalho para a construção da saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 27*(2), p. 228-35.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho vivo: trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo 15.
- Durach, C.F, Kembro, J. & Wieland, A. (2017). A New Paradigm for Systematic Literature Reviews in Supply Chain Management. *Journal of Supply Chain Management, 53* (4), 67-85.
- Figueiredo Filho, D. B., Paranhos, R., Silva Júnior, J. A., Rocha, E. C, & Alves, D. P. (2014). O que é, para que serve e como se faz uma meta-análise? *Teoria e Pesquisa, 23*(2), 2015-228. doi: 10.4322/tp.2014.018
- Jain, U. (2020). Risk of COVID-19 due to shortage of personal protective equipment. *Cureus, 12*(6).
- Kannampallil, T. G., Goss, C. W., Evanoff, B. A., Strickland, J. R., McAlister, R. P., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PloSone, 15*(8), e0237301.
- Lopes, A. L. M., & Fraccolli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem, 17*(4), 771-778. doi: 10.1590/S0104-07072008000400020
- Magnavita, N., Tripepi, G., & Di Prinzio, R. R. (2020). Symptoms in health care workers during the COVID-19 epidemic. A cross-sectional survey. *International journal of environmental research and public health, 17*(14), 5218.
- Narwal, S. & Jain, U. (2020). Promoting Health Worker Safety; A Priority for Patient Safety during COVID -19 Pandemic and Beyond. *Indian Journal of Public Health Research & Development, 11* (11): 163-171.
- Robertson, L. J., Maposa, I., Somaroo, H., & Johnson, O. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A rapid scoping review to inform provincial guidelines in South Africa. *South African Medical Journal, 110*(10), 1010-1019.
- Silva, L.S., Machado, E.L., Oliveira, H.N. & Ribeiro, A.P. (2020) Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da covid-19 entre trabalhadores da saúde. *Rev. Bras. Saúde. Ocup., 45* (e24):1-8.
- Sulaiman, A. H., Ahmad Sabki, Z., Jaafa, M. J., Francis, B., Razali, K. A., JuaresRizal, A., ... & Ng, C. G. (2020, September). Development of a remote psychological first aid protocol for healthcare workers following the COVID-19 pandemic in a university teaching hospital, Malaysia. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 3, p. 228). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Schwartz, J.; King, C.; Yen, M. (2020). Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak: lessons from Taiwan's Severe Acute

Respiratory Syndrome Response. *ClinicalInfectiousDiseases*, Nova Iorque: 1-3. DOI: 10.1093/cid/ciaa255.

Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., &Pajardi, D. (2020). Coping with COVID-19: emergency stress, secondary trauma and self-efficacy in healthcare and emergency workers in Italy. *Frontiers in psychology*, 11, 2294.

Yildirim, T. T., Atas, O., Asafov, A., Yildirim, K., &Balibey, H. (2020). Psychological status of healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *Age*, 20(30), 31-40.

Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 311-318. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03721.x

Zhao, Y., Cui, C., Zhang, K., Liu, J., Xu, J., Nisenbaum, E., Huang, Y., Qin, G., Chen, B., Hoffer, M., Blanton, S. H., Telischi, F. Hare, J. M., Daunert, S., Shukla, B., Savita, G. P., Jayaweera, D. T., Farmer, P. E., del Rio, C., Liu, X. & Shu, Y. (2020). COVID19: a systematic approach to early identification and healthcare worker protection. *Frontiers in publichealth*, 8, 205.

Impacto da pandemia na saúde mental, nível de ansiedade e reflexos na exposição ao vírus: uma análise de amostra brasileira durante a pandemia da COVID-19

Leticia Paranhos Rios,

Vicente Cassepp-Borges

Ao final de 2019, um novo vírus trouxe terror e pânico a todos os continentes de forma repentina. Identificado inicialmente na China, o novo Coronavírus (SARS-CoV2) rapidamente ficou conhecido em todo mundo e os índices de contágio e morte aumentavam diariamente. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto da doença causada pelo vírus (COVID-19) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. No dia 11 de março de 2020, a OMS caracteriza a COVID-19 com o nível de alerta mais alto da Organização: pandemia (OMS, 2020).

A pandemia de COVID-19 constitui-se como uma emergência de saúde pública sem precedentes, somando 4,46 milhões de mortes em todo o mundo até o dia 25 de agosto de 2021, dos quais 576 mil mortes foram de brasileiros. Tais dados evidenciam o despreparo de todas as nações em lidar com o cenário pandêmico e suas demandas, que não se limitam às questões sanitárias, mas perpassam questões como: renda, impactos negativos na saúde mental, mudanças de rotina, medo generalizado, falta de infraestrutura para comportar as novas demandas, adaptações e reformulações dos modelos educacionais e laborais, desinformação e compartilhamento de *fake news*, polarização política, gestão ineficaz de crise, mudanças de planos pré-determinados, perda de referências pré-estabelecidas (data de formatura, viagens, etc.), distanciamento social, perda de locais de convivência e lazer, estabilidades e necessidade de organização da rotina, uma nova estrutura em casa, home office, incertezas, conflitos intra e interpessoais, tensão social, dificuldade de acesso a diversos serviços, incluindo os serviços de saúde, dentre inúmeros outros (Tan et al., 2020; Brooks et al., 2020; Wang et al., 2020. Torales et al., 2020).

Sintomas de ansiedade, depressão, Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT), transtornos de ansiedade, raiva, medo, dentre outros afetos nega-

tivos, foram observados em pessoas que passaram pela quarentena (Brooks et al., 2020). Estudos identificaram como preditores de maior impacto na saúde mental fatores como duração da quarentena, tédio, medo de contágio, falta de recursos, poucas informações confiáveis sobre o curso da doença e duração das medidas de contenção. Além disso, a redução financeira em famílias de baixo nível socioeconômico (decorrente da quarentena) e o estigma aos profissionais de saúde (devido cenário pandêmico) são os maiores fatores de risco no desenvolvimento de transtornos psicológicos destes grupos (Wang et al., 2020; Brooks et al., 2020; Desclaux et al., 2017; Torales et al., 2020).

Os comprometimentos relacionados à saúde mental em situações de crise, como epidemias, pandemias, mostraram-se ser mais amplos do que as infecções pelo agente patogênico (Reardon, 2015), caracterizando-se também como emergência de saúde pública, uma vez que afeta tanto indivíduos com comorbidades, quanto indivíduos saudáveis e os efeitos psicológicos tendem a permanecer mesmo após o fim da pandemia (Mishra et al., 2021; Torales et al., 2020; Brooks et al., 2020). A alta demanda psicológica decorrente de mudanças tão complexas trouxe a necessidade de ampliar e flexibilizar o repertório cognitivo, emocional e comportamental dos indivíduos, recorrendo aos diversos modos de enfrentamento, nem sempre funcionais, para lidar com as novas demandas.

O estresse pode ser descrito como a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reações (sentimentos, pensamentos e comportamentos) do organismo (Tap, Costa, & Alves, 2005). Diante às situações estressoras, o organismo busca estratégias de adaptação que sejam satisfatórias para a recuperação de seu equilíbrio (Selye, 1956), embora nem todas sejam adequadas para este fim. Ademais, os efeitos do estresse são mediados pela interação entre os fatores genéticos e ambientais de cada indivíduo, caracterizando perfis mais e menos vulneráveis frente a estressores (Galvão-Coelho, Silva & Sousa, 2015).

O conceito de *coping* pode ser compreendido como um conjunto de determinadas estratégias, de nível cognitivo, comportamental e afetivo, que apresentam a função de diminuir ou controlar o desequilíbrio vivenciado pelo organismo em situações estressoras, ansiogênicas ou problemáticas quando o indivíduo não possui repertório para lidar com a situação (Lazarus & Folkman, 1984). À vista disto, o conhecimento mais elucidado sobre o assunto pode contribuir para o melhor planejamento, instrução e formação de profissionais nas áreas de saúde, serviços essenciais e também à população geral.

Diversos estudos sugerem que diversos impactos decorrentes das alterações causadas pela pandemia podem ser mantidos a médio e longo prazo, mesmo após o seu fim do estado pandêmico (Brooks et al., 2020; Wang et al., 2020; Torales et al., 2020). Entretanto, somam-se diversas falhas e faltas na gestão e elaboração de propostas que busquem prevenir ou mitigar os efeitos negativos da pandemia para além das questões sanitárias diretas. Deste modo, é imprescindível construir e aplicar ações de prevenção e contenção eficazes em momentos de crise, que, além de considerarem as questões sanitárias, deem importância aos desfechos negativos, principalmente os impactos na saúde mental decorrente de momentos de crise.

A forma com que cada indivíduo reage às situações estressoras, como também a forma que utiliza as estratégias para lidar com elas, podem impactar positiva ou negativamente no funcionamento de seu organismo, corroborando para alterações sistêmicas de modo a comprometer suas respostas em níveis cognitivos, comportamentais e afetivos (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Os achados de uma revisão publicada na revista científica *The Lancet* em março de 2020 por Brooks et al., indicam a necessidade de suporte adicional durante a quarentena àqueles que apresentam maior vulnerabilidade psicológica preexistente. Também são necessárias informações essenciais e atualizadas sobre o curso da pandemia e das medidas necessárias a serem tomadas pela população geral, assim como informações sobre técnicas de enfrentamento e controle de estresse. A revisão de Brooks et al. (2020) e o estudo realizado com estudantes chineses de Wang et al. (2020) durante a pandemia, sugerem que situações como quarentena e epidemias estão frequentemente associadas com efeitos psicológicos negativos, sendo uma emergência mundial de saúde e um desafio à resiliência psicológica. Portanto, dados de pesquisa são necessários para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências que visem a redução dos impactos psicológicos adversos e sintomas psiquiátricos durante situações como pandemias e outras emergências de saúde pública (Wang et al., 2020).

Dessa maneira, pesquisas como esta são imprescindíveis para o levantamento dos dados na elaboração de intervenções eficientes e políticas públicas que auxiliem na tomada de decisão frente aos cenários de potencial impacto na saúde mental dos indivíduos para reduzir o sofrimento psicológico e impactos gerais na população. À vista disso, o objetivo foi investigar os níveis de Ansiedade, Depressão e Estresse na população geral brasileira durante a pandemia de COVID-19, comparar médias de gru-

pos (principal responsável financeiro da família; estado civil; faixa etária; escolaridade) com os níveis de saúde mental, de forma adicional, visa oferecer informações sobre perfis psicológicos mais vulneráveis diante de situações de catástrofe, o que pode colaborar para o desenvolvimento de estratégias e intervenções psicológicas mais direcionadas assim como de Primeiros Socorros Psicológicos, sendo uma possível contribuição para elaboração de medidas baseadas em evidências que visem à preservação da saúde mental da população durante e após os momentos de crise, principalmente de grupos mais vulneráveis (Luo et. al., 2020). Dados de pesquisa são imprescindíveis para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências que visem a redução dos impactos psicológicos durante pandemias e outras emergências de saúde pública.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa, 541 brasileiros residentes no país, com idade maior ou igual a 16 anos, sem limite máximo de idade. A maior parte da amostra era do sexo Feminino ($n = 442$; 81,7%) sendo que houveram 96 homens (17,7%) e três indivíduos não binários (0,6%). A média de idade da amostra foi $m = 30,52$ anos ($DP = 11,46$) faixa etária majoritária foi de adultos (25-59 anos) ($n = 228$, 54,9%), seguido de jovens (16-24 anos) ($n = 313$; 42,1%), já os idosos (60 anos ou mais) representaram apenas 3% da amostra ($n = 16$).

Em relação à região, a extensa maioria (86,9%; $n = 469$) concentrou-se na região Sudeste, seguido de participantes do Nordeste (8,1%; $n = 44$), Sul (3,7%; $n = 20$), Centro-Oeste (0,7%; $n = 4$) e região Norte (0,6%; $n = 3$). Quanto à escolaridade, a amostra foi majoritariamente composta por indivíduos com ensino superior completo (65,2%; $n = 352$) ou estudantes de graduação (27,4%, $n = 149$), sendo o de menor expressão aqueles que só tinham o Ensino Médio (7,4%; $n = 40$), não tendo nenhum participante com apenas a escolaridade fundamental.

A maior parte dos participantes indicou não cumprir a função de responsável financeiro da família (72,5%; $n = 392$). Em relação à renda per capita familiar: 36,2% ($n = 196$) recebiam acima de 3 salários mínimos; 26,6% ($n = 144$) entre 1 e 2 salários mínimos; 19,2% ($n = 104$) até 1 salário mínimo e 17,9% ($n = 97$) entre 2 a 3 salários mínimos.

Instrumentos

Os instrumentos foram um questionário sociodemográfico desenvolvido para o presente estudo, e a a *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21). O questionário sociodemográfico visou à caracterização sociodemográfica da amostra e questões gerais sobre impacto da COVID-19 nas diversas áreas da vida, incluindo perguntas sobre estabilidade no emprego, perda ou contaminação do respondente ou pessoas próximas e data de resposta ao questionário. A DASS-21 é composta por 21 itens capazes de mensurar e distinguir depressão, ansiedade e estresse de forma simultânea. Os itens são distribuídos igualmente entre as três dimensões e as respostas são classificadas em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). O *Alfa de Cronbach* é 0,92 para a subescala de depressão, $\alpha = 0,90$ para estresse, e $\alpha = 0,86$ para ansiedade, indicando boa consistência interna para cada subescala (Vignola & Tucci, 2014). A escolha deste instrumento é justificada por seu modelo teórico capaz de discriminar de forma satisfatória sintomas de ansiedade e depressão, o que não é tão frequente em outros instrumentos (Lovibond & Lovibond, 1995 citado em Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro (CAAE: 33443220.5.0000.5259) sob o nome “Estilos de *Coping* e Impacto Na Saúde Mental Durante a Pandemia de Covid-19 no Brasil e a Possível Associação com a Teoria do Apego”. A apresentação dos dados a seguir consiste em um recorte direcionado à apresentação feita no 1º Encontro Internacional de Saúde Mental e as Reações Psicológicas e Neurológicas à Covid-19, organizado pelo Professor Dr. José Aparecido entre os dias 30 de março a 01 de abril de 2021.

A divulgação da pesquisa foi feita a partir de um formulário *online* divulgado através de mídias sociais e aplicativos de mensagens entre os dias 18 de julho a 01 de agosto de 2020. A amostra final foi selecionada a partir do cumprimento das orientações que constavam no formulário, sendo estas: concordância com os termos dispostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resposta a todos os itens do questionário e escalas contidas no formulário. O critério de exclusão correspondeu ao não

cumprimento dos termos ditos anteriormente e a resposta inadequada ao termo controle contido após responder duas escalas e o questionário. O termo controle é: “Este é um item controle, por favor, assinale como resposta o número três”. Além disso, não é solicitado a identificação do respondente no questionário, garantindo maior confiabilidade, sigilo e confidencialidade das informações fornecidas.

Em um primeiro momento, os dados foram alocados em um banco de dados e analisadas de acordo com suas indicações de correção através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25. As escalas foram analisadas por meio de análises fatoriais e pelos testes *t* de Student (para comparação entre médias populacionais de dois grupos) e ANOVA (para comparação entre médias de mais de dois grupos).

Para a análise das características sociodemográficas da amostra, bem como para a avaliação de alterações na rotina (uso de mídias digitais; cuidado com a saúde; cuidado com a aparência; ingestão de alimentos e qualidade do sono) foram utilizadas a frequência simples e a porcentagem. Posteriormente, serão criados escores com as médias dos itens de cada escala (compósitos). Esses compósitos serão correlacionados entre si para comparação entre médias.

RESULTADOS

A resposta às perguntas de alteração de rotina e impactos da pandemia trouxeram dados interessantes sobre a percepção dos indivíduos sobre as mudanças cotidianas após o início da pandemia, evidenciando as mudanças operadas no contexto pandêmico e seus impactos na saúde mental dos participantes.

O aumento no uso de mídias digitais configurou-se como a maior alteração relatada pela amostra a partir do início da pandemia (Tabela 1). Outra alteração que se destacou na pesquisa foi o aumento no zelo e cuidado com a saúde (Tabela 1), este aumento no zelo e cuidado com a saúde pode ser compreendido como uma função psicológica protetora diante deste momento de pandemia, como defendido por Tan et al. (2020), além de corroborar com o comportamento orientado pelas organizações de saúde para a contenção do vírus (OMS, 2020).

Com relação à piora no zelo e cuidado com a aparência, a maior parte da amostra registrou alterações, bem como no aumento da ingestão de alimentos (Tabela 1). A dificuldade em lidar com a intensidade emocional

desagradável pode contribuir para tentativas de regulação que perpassam o aumento na ingestão de alimentos, como estratégia de enfrentamento diante de emoções, comportamentos e pensamentos indesejados (Gouveia et al., 2017; Leahy, Tirch, & Napolitano, 2013).

Tabela 1: Alterações cotidianas percebidas após a pandemia de COVID-19

Alterações	Muita ou Total	Pouca ou Moderada	Nenhuma
Piora na qualidade do sono	41,8% (n= 226)	40,7% (n= 220)	17,6% (n= 95)
Aumento na ingestão de alimentos	41,6% (n= 225)	42,7% (n= 231)	15,7% (n= 85)
Aumento no zelo e cuidado com a saúde	41,4% (n= 224)	51,0% (n= 276)	7,6% (n= 41)
Piora no zelo e cuidado com a aparência	34,2% (n= 185);	50,3% (n= 272) ;	15,5% (n= 84)
Aumento no uso de mídias digitais	69,0% (n=373)	25,5% (n=138)	5,5% (n=30)
Paralisação de exercícios físicos	55,3% (n= 299)	30,9% (n= 167)	13,9% (n= 75)

Uma grande parcela da amostra também registrou alteração na qualidade do sono e algum nível de paralisação na prática de exercícios físicos (Tabela 1). Tal dado pode contribuir para diminuição da qualidade de vida, uma vez que os exercícios físicos constituem-se como protetivos em relação a diversas patologias, além de ser um forte recurso para o bem-estar psicológico, contribuindo para redução de ansiedade, estresse e depressão, além de proporcionar sensação de bem-estar e disposição aos praticantes (Callow et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Considerando o Sentimento de Desamparo, houve uma diferença por faixa etária: os jovens ($m = 2,12$; $DP = 0,65$) apresentaram maior sentimento de desamparo do que adultos ($m = 1,87$; $DP = 0,63$) e idosos ($m = 1,63$; $DP = 0,62$). Comparações *a posteriori* entre pares de médias, recorrendo ao teste de *post hoc* Tukey revelam que os Jovens apresentaram maior sentimento de desamparo do que os adultos ($p < 0,05$) e idosos ($p < 0,05$).

Comparando níveis de saúde mental por faixa etária, todos os grupos apresentaram níveis dentro da normalidade de acordo com a DASS-21 (Tabela 5), embora os idosos tenham apresentado médias maiores em todos os fatores quando comparados aos jovens e adultos. Nas facetas Depressão e Ansiedade (Tabela 2), não houve diferença estatística entre grupos. Apenas na faceta Estresse houve significância estatística entre grupos ($p > 0,05$), e a faixa etária com maior média de estresse foi a de idosos. Adicionalmente, em relação a ansiedade entre as faixas etárias, a diferença entre médias não foi estatisticamente significativa entre Adultos e Idosos ($p > 0,05$), mas foi significativa entre Jovens e Adultos ($p < 0,05$).

Tabela 2: Comparação dos níveis de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) por faixa etária.

Faixa Etária	Depressão m (DP)	Ansiedade m (DP)	Estresse m (DP)
Jovens	1,56 (0,66)	1,90 (0,74)	1,36 (0,68)
Adultos	1,67 (0,76)	2,08 (0,76)	1,46 (0,71)
Idosos	2,21 (0,94)	2,27 (0,69)	1,74 (0,91)
ANOVA	$F_{(2;538)} = 6,80;$ $p < 0,05$	$F_{(2;538)} = 4,65;$ $p < 0,05$	$F_{(2;538)} = 2,82;$ $p > 0,05$

Os Responsáveis Financeiros por suas famílias apresentaram médias mais altas em todas as facetas do que os que não eram os responsáveis financeiros, (Tabela 3) embora ainda dentro da normalidade assumida pela DASS-21 (Tabela 5)..

Não houve diferença estatística entre grupos para nível educacional de forma geral (vide tabela 4) mas houve diferença estatística na comparação de médias entre os grupos Ensino Superior e Pós graduação na faceta Depressão, além disso, Pós graduandos apresentaram médias maiores em Ansiedade e Depressão do que os demais grupos.

Houve diferença estatística significativa na comparação entre estado civil e índices de saúde mental na avaliação de médias entre grupos, nos níveis de Depressão e Estresse, mas não houve diferença significativa nos níveis de Ansiedade (Tabela 4). Entretanto, os viúvos apresentaram médias mais altas em

todos os fatores (Tabela 4). em comparação com jovens e adultos, indicando Ansiedade, Depressão e Estresse Leves pelos critérios da DASS-21 (Tabela 5).

Tabela 3: Comparação dos níveis de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e ser o responsável financeiro da família

Responsável Financeiro	Ansiedade m (DP)	Depressão m (DP)	Estresse m (DP)
Sim	2,14 (0,77)	1,74 (0,83)	1,56 (0,79)
Não	1,96 (0,74)	1,60 (0,69)	1,38 (0,67)

Tabela 4: Comparação dos níveis de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) por nível educacional

Nível Educacional	Ansiedade m (DP)	Depressão m (DP)	Estresse m (DP)
Ensino Médio	1,89 (0,71)	1,65 (0,74)	1,60(0,67)
Ensino Superior	1,97 (0,75)	1,59 (0,69)	1,39 (0,69)
Pós Graduação	2,12 (0,79)	1,76 (0,81)	1,47 (0,75)
ANOVA	$F_{(2,538)} = 2,58;$ $p > 0,05$	$F_{(2,538)} = 2,92;$ $p = 0,05$	$F_{(2,538)} = 2,14;$ $p > 0,05$

Tabela 4: Comparação dos níveis de ansiedade, depressão e estresse nos diferentes estados civis.

Estado Civil	Ansiedade m (DP)	Depressão m (DP)	Estresse m (DP)
Casado	2,07 (0,83)	1,76 (0,84)	1,58 (0,76)
Divorciado	2,23 (0,81)	1,90 (0,85)	1,67 (0,95)
União Estável	2,20 (0,73)	1,62 (0,84)	1,40 (0,72)
Namorando	1,91 (0,79)	1,55 (0,62)	1,35 (0,57)
Solteiro	1,97 (0,69)	1,60 (0,69)	1,37 (0,70)
Viúvo	2,57* (0,61)	2,58* (0,61)	2,36* (0,91)

*Ansiedade Leve; Depressão Leve e Estresse Leve de acordo com os critérios da DASS-21

A renda per capita no momento x níveis de saúde mental não apresentou diferença estatística entre os grupos: Ansiedade ($F= 0,38$; $gl= 3$; $p= 0,77$); Depressão ($F= 2,27$; $gl= 3$; $p= 0,08$); Estresse ($F=0,65$; $gl= 3$; $p= 0,60$), caracterizando-se como uma amostra bastante homogênea quanto este critério.

Quanto aos impactos no sono, as mulheres apresentaram maior média ($m= 2,31$; $DP= 0,70$) comparada aos homens ($m= 1,94$; $DP= 0,79$). Este resultado está de acordo com os achados internacionais de maior vulnerabilidade do gênero feminino aos impactos no sono durante a pandemia (Gualano et al., 2020; Wong et al., 2020; Wang et al., 2020; Al Mamun et al., 2021).

Tabela 5: Pontos de corte da DASS-21

Fatores DASS-21 Ansiedade; Depressão; Estresse	Média	Classificação
–	< 2,34	Normal
–	2,34 - 2,61	Leve
–	2,61 - 2,85	Moderada
–	2,85 - 2,94	Severa
–	≥ 2,94	Extremamente Severa

DISCUSSÃO

Diversas alterações cotidianas foram percebidas na amostra, principalmente no aumento de ingestão de alimentos, uso de mídias, cuidado com a saúde e pioras no cuidado com a aparência e qualidade do sono. Embora, as médias gerais dos grupos desta pesquisa estejam em níveis considerados normais pela DASS-21, isto não significa que a pandemia e suas alterações não tiveram impactos na vida diária dos respondentes, o que pode observado nas alterações diárias avaliadas pelo questionário da pesquisa (como aumento de uso de mídias, alterações na ingestão de alimentos, alterações no sono, aumento no zelo e cuidado com a saúde). A DASS-21 não é um instrumento diagnóstico, mas de pesquisa, contendo suas limitações bem como a dificuldade em avaliar a granularidade das alterações emocionais, principalmente em pouco tempo de sintomatologia.

As características da amostra, como a maioria não ser responsável financeiro pela família, ter nível escolar mais alto, renda acima de 1 salário mínimo per capita e ser da região sudeste (região com maior PIB brasileiro) podem ter contribuído como fatores protetivos no desenvolvimento de desfechos negativos em saúde mental. Adicionalmente, Tan et al. (2020), na avaliação com uma amostra chinesa de trabalhadores, defende que a baixa prevalência de sintomas psiquiátricos pode estar relacionada à confiança nas medidas de prevenção, contribuindo com uma ideia de segurança.

Um ponto importante a ser considerado é que a saúde mental e a qualidade de vida decorrem de diversas interações entre inúmeras variáveis e fatores (relações intra e interpessoais, condições econômicas, realização pessoal, fatores psicológicos, biológicos, socioculturais, dentre outros) não podendo ser restrita apenas ao cumprimento de condições diagnósticas para ser alvo de atenção e cuidado. Outro ponto relevante é o de alterações na qualidade de vida e saúde mental que não são, necessariamente, categorias diagnósticas, mas ainda assim geram impactos aos indivíduos e em suas atividades diárias na tentativa de autorregulação e adaptação às demandas.

Além do que foi mencionado anteriormente, em situações novas e demandantes, o organismo busca formas de responder às demandas, quando seu repertório atual não consegue responder a essas demandas, novos comportamentos são emitidos, na tentativa de encontrar uma homeostase - ou condição mais funcional. Esta ampliação de repertório nem sempre é favorável ao indivíduo ou a sociedade, podendo ser expressa através de comportamentos que causem prejuízo ao sujeito a médio e longo prazo, mas cumprindo uma função regulatória a curto prazo, como certos comportamentos de risco, tais como o *cutting*, aumento na ingestão de alimentos em curto prazo e aumento no uso de álcool na regulação emocional, comportamentos que podem ser desencadeantes ou intensificadores de desfechos negativos em saúde mental, como ansiedade, depressão e transtornos alimentares (Pollard et al., 2020).

O aumento no uso de mídias digitais está relacionado com alterações no ciclo sono-vigília e pode ser fator de risco para alterações na ingestão de alimentos, através da maior exposição de conteúdos com viés estético em situações pandêmicas (Sinha et al., 2020). Adicionalmente, a revisão de Ong et al. (2021) acerca dos impactos das medidas restritivas no sono de indivíduos de 10 países, evidenciou que a redução da exposição à luz matinal e o aumento da exposição noturna à luz das telas podem contribuir para

alterações no ritmo circadiano, comprometendo a qualidade do sono. As mudanças no estilo de vida impostas pela pandemia diminuíram a prática de atividades físicas e aumentaram o consumo de álcool e tabaco (Padovan-Neto et al., 2020), contribuindo para cenários de risco no desenvolvimento de comprometimentos psicológicos na população (Pollard et al., 2020).

A maior parte da amostra indicou algum tipo de paralisação de atividade física, alterações na qualidade de sono e aumento do uso de mídias digitais, tais fatores associados podem atuar de forma conjunta mantendo essas problemáticas e contribuindo para piores desfechos na qualidade de vida caso continuem frequentes. Situações de alta demanda emocional suscitam reações fisiológicas que podem impactar na qualidade do sono, sendo a pandemia e seus desdobramentos, estressores consistentes, os impactos na qualidade do sono são esperados (Lin et al., 2021). Adicionalmente, uma revisão sistemática da literatura sobre transtornos alimentares (Palmieri et al., 2021) indicou a implicação entre crenças metacognitivas e comportamentos alimentares problemáticos, adicionalmente, a utilização comum da ingestão de alimentos na tentativa de regulação emocional (o comer emocional) pode estar relacionada como o aumento do tempo gasto com as mídias sociais, que configura-se como é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Fernández-Aranda et al., 2020).

Além disso, o medo, sensação de desamparo e ansiedade relacionadas ao coronavírus têm sido relacionadas a comportamentos de risco e ao desencadeamento de problemas psicológicos, como ideação suicida, comprometimento no âmbito cognitivo, desesperança e aumento de uso de álcool e drogas, todos relacionados positivamente aos desfechos negativos em saúde mental e positivamente à pandemia (Brooks et al., 2020; Lee et al., 2020; Pollard et al., 2020; Saricali et al., 2020).

É provável que o isolamento, somado à falta de apoio social, tenha contribuído para esses desfechos, estando assim, em consonância com a literatura que indica maior vulnerabilidade desses grupos e piores desfechos em saúde mental. A diminuição das conexões face-a-face, as limitações nas interações sociais rotineiras, mudanças de rotina e novas demandas podem consistir em estressores importantes nesse período.

Os grupos que apresentaram perfil mais vulnerável na amostra avaliada foram: Pós graduandos, idosos, viúvos, morando com 1-2 pessoas, gênero masculino (para ansiedade e depressão) e gênero feminino para alterações no sono. Os fatores de maior destaque enquanto alteração na rotina após o

início da pandemia foram: aumento no uso de mídias digitais, aumento na ingestão de alimentos, aumento no zelo e cuidado com a saúde, paralisação de exercícios físicos e piora no zelo e cuidado com a aparência. Deste modo, merecem atenção os desdobramentos destas alterações nos meses subsequentes ao estudo a fim de evitar desfechos negativos e implicações a longo prazo na saúde dos respondentes.

O estudo apresenta algumas limitações, tais como: os respondentes eram majoritariamente da região Sudeste, com escolaridade alta, jovens, com renda familiar acima da média nacional e não eram responsáveis financeiros de suas famílias, além disso, o meio de divulgação da pesquisa foi online, o que pode ter excluído alguns grupos da avaliação. Adicionalmente, a amostra foi majoritariamente respondida por residentes na região Sudeste, podendo refletir a realidade da região e não podendo ser generalizada para as demais. Outra consideração importante é a ausência de dados prévios sobre as condições psicológicas dos respondentes antes da pandemia. Ademais, a pesquisa foi realizada meses após o início da pandemia (julho-agosto de 2020), momento onde os indivíduos poderiam ter desenvolvido recursos de enfrentamento mais funcionais para lidar com as demandas impostas pela pandemia. Assim, o recorte do presente estudo foi limitado ao espaço-tempo da análise, bem como às características particulares da amostra avaliada.

CONCLUSÃO

Este relato evidencia que um número expressivo dessa amostra apresentou alterações na rotina e na qualidade de vida com as alterações oriundas da pandemia de COVID-19 no Brasil. Conclui-se, portanto, que as alterações cotidianas e a vulnerabilidade de alguns grupos frente aos estressores pandêmicos faz necessária a identificação dos fatores de risco ao maior comprometimento em situações de crise, bem como da atuação precoce e efetiva tanto na contenção da crise sanitária, quanto na redução de estressores psicológicos.

Pesquisas como esta são de grande importância para o levantamento dos dados na elaboração de intervenções eficientes e políticas públicas que auxiliem na tomada de decisão frente aos cenários de potencial impacto na saúde mental dos indivíduos, com o objetivo de reduzir o sofrimento psicológico e impactos gerais na população. Por isso, demais pesquisas devem ser conduzidas a fim de elucidar os grupos de maior vulnerabilidade psicossocial no Brasil em momentos de crise, bem como os fatores que podem atuar

como moderadores e preditores de desfechos negativos em saúde mental. Tais dados podem ser utilizados no melhor direcionamento e implementação de medidas público-privadas diante de situações tão demandantes, além de contribuírem para práticas baseadas em evidências nas diversas áreas, tanto na saúde, quanto na educação, política e economia, evitando que maiores danos aos indivíduos sejam decorrentes da má gestão e demora em atuação efetiva na condução de medidas em situações de crise.

REFERÊNCIAS

- Al Mamun, F., Gozal, D., Hosen, I., Misti, J. M., & Mamun, M. A. (2021). Predictive factors of insomnia during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: a GIS-based nationwide distribution. *Sleep medicine*, S1389-9457(21)00249-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.04.025>
- Brooks, S. K. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912 – 920. [https://doi.org/10.1016.S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016.S0140-6736(20)30460-8)
- Callow, D. D., Arnold-Nedimala, N. A., Jordan, L. S., Pena, G. S., Won, J., Woodard, J. L., & Smith, J. C. (2020). The mental health benefits of physical activity in older adults survive the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1046-1057.
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 295, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J. M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
- Foulds, J. A., Adamson, S. J., Boden, J. M., Williman, J. A., & Mulder, R. T. (2015). Depression in patients with alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis of outcomes for independent and substance-induced disorders. *Journal of affective disorders*, 185, 47-59.
- Ghesquiere, A. R., Bazelais, K. N., Berman, J., Greenberg, R. L., Kaplan, D., & Bruce, M. L. (2016). Associations Between Recent Bereavement and Psychological and Financial Burden in Homebound Older Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 73(4), 326–339. <https://doi.org/10.1177/0030222815590709>

- Gouveia, M. J. R., Canavarro, M. C. C. S. P., & Moreira, H. (2017). O papel moderador do peso na associação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos alimentares.
- Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4779. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>
- Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, McKyer ELJ, Ahmed HU, Ma P. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res*. 2020 Jun 23;9:636. doi: 10.12688/f1000research.24457.1. PMID: 33093946; PMCID: PMC7549174.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Artmed Editora.
- Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2020). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological medicine*, 1–2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>
- Lin, L. Y., Wang, J., Ou-Yang, X. Y., Miao, Q., Chen, R., Liang, F. X., & Wang, T. (2021). The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status. *Sleep medicine*, 77, 348-354.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Martins, B. G., Silva, W. R. D., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 32-41.
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation as a means of reducing dysfunctional coronavirus anxiety and increasing psychoneuroimmunity. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 138–139. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.007>
- Mishra, J., Samanta, P., Panigrahi, A., Dash, K., Behera, M. R., & Das, R. (2021). Mental Health Status, Coping Strategies During Covid-19 Pandemic Among Undergraduate Students of Healthcare Profession. *International journal of mental health and addiction*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00611-1>
- Ong, J. L., Lau, T., Karsikas, M., Kinnunen, H., & Chee, M. (2021). A longitudinal analysis of COVID-19 lockdown stringency on sleep and resting heart rate measures across 20 countries. *Scientific reports*, 11(1), 14413. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93924-z>

- Padovan-Neto, F. E., Lee, S. A., Guimarães, R. P., Godoy, L. D., Costa, H. B., Zerbini, F. L. S., & Fukusima, S. S. (2021). Brazilian Adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale: A Psychometric Investigation of a Measure of Coronaphobia. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/0030222821991325>
- Palmieri, S., Mansueto, G., Ruggiero, G. M., Caselli, G., Sassaroli, S., & Spada, M. M. (2021). Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Pollard, M. S., Tucker, J. S., & Green, H. D., Jr (2020). Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA network open*, 3(9), e2022942. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22942>
- Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reardon, S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature News*, 519(7541), 13.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Saricali, M., Satici, S.A., Satici, B. et al. Fear of COVID-19, Mindfulness, Humor, and Hopelessness: A Multiple Mediation Analysis. *Int J Ment Health Addiction* (2020). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00419-5>
- Sinha, M., Pande, B., & Sinha, R. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on sleep-wake schedule and associated lifestyle related behavior: A national survey. *Journal of public health research*, 9(3), 1826. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1826>
- Tan, W., Hao, F., McIntyre, R. S., Jiang, L., Jiang, X., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Zhang, Z., Lai, A., Ho, R., Tran, B., Ho, C., & Tam, W. (2020). Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International journal of social psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., ... & Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry research*, 289, 113076.

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. MDPI AG.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Wang, Y., Zhu, L. Y., Ma, Y. F., Bo, H. X., Deng, H. B., Cao, J., ... & Wu, X. J. (2020). Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in COVID-19 inpatients in China. *Sleep Medicine*, 75, 282-286
- Wang, Z. H., Qi, S. G., Zhang, H., Mao, P. X., He, Y. L., Li, J., Xiao, S. Y., Peng, H. M., Sun, W. W., Guo, H. Y., & Liu, M. (2020). *Zhonghua yi xue za zhi*, 100(40), 3179–3185. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20200720-02167>
- Wong, S., Zhang, D., Sit, R., Yip, B., Chung, R. Y., Wong, C., Chan, D., Sun, W., Kwok, K. O., & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(700), e817–e824. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713021>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zhang, Y., Zhang, H., Ma, X., & Di, Q. (2020). Mental health problems during the COVID-19 pandemics and the mitigation effects of exercise: a longitudinal study of college students in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3722.

Impacto da pandemia na saúde mental em diferentes faixas etárias: perspectivas sobre a ansiedade, depressão e educação no contexto brasileiro

Roberta Monteiro Incrocci,

Lívea Dornela Godoy,

Raquel Messi Falcowski,

Fabiana Maris Versuti,

Fernando Eduardo Padovan Neto

Este capítulo tem como objetivo trazer duas experiências distintas a partir do contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil, com o intuito de fomentar reflexões e discussões sobre as consequências, repercussões e possíveis caminhos para lidar com o impacto na saúde mental e na educação de crianças e adolescentes e na educação remota de um curso de graduação. Assim, o primeiro relato traz para discussão os impactos do contexto pandêmico no período da infância e adolescência e sua relação com os sintomas da ansiedade, sociabilidade e aprendizado em crianças e jovens. Já o segundo, refere-se ao efeito da pandemia no processo de aprendizagem de estudantes universitários. Ambos os relatos são imprescindíveis para o entendimento das consequências da pandemia na saúde mental de crianças, jovens e universitários. Além disso, podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias para reduzir os impactos psicológicos ocasionados pelo contexto atual.

Impacto da pandemia na saúde mental durante o desenvolvimento: perspectivas sobre as experiências e os sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), o Brasil é o país que apresenta a maior incidência de ansiedade no mundo. É durante a adolescência que a maioria dos transtornos de ansiedade se desenvolve (Altwajjri et al., 2020; Pattwell et al., 2012), pois nessa fase o desenvolvimento do sistema nervoso central está associado à organização contínua de circuitos neurais que regulam comportamentos emocionais (Casey et al., 2008; Pattwell et al., 2011, 2016; Spear, 2000). Há evidências crescentes de que o estresse durante o desenvolvimento possa estar relacionado com a alteração no comportamento emocional (Heim et al., 2008; Lippman et

al. 2007; Walker et al., 2017; Chrousos, 2009; Gold et al. 1988; Jurema, 2013) (Cowan et al., 2016; GP, 2009; Heim et al., 2008; Juruena, 2014; Lippmann et al., 2007; PW et al., 1988; Walker et al., 2017). Os efeitos deletérios do estresse precoce sobre o cérebro e comportamento têm sido estudados em humanos e modelos animais, fornecendo hipóteses sobre as alterações do desenvolvimento e da função adequada destas estruturas cerebrais (Derks et al., 2016; Krugers et al., 2010; Lucassen et al., 2014; Lupien et al., 2009). Considerando o contexto do isolamento social durante a situação de pandemia da COVID-19, o agravamento de jovens em situação de vulnerabilidade, e o crescente aumento da incidência de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, destaca-se a importância de se compreender o panorama atual e apresentação de comportamentos relacionados à regulação emocional durante essa fase de desenvolvimento.

Nos adolescentes, a ansiedade está mais relacionada às competências, às ameaças abstratas e às situações sociais, sendo menos frequentemente associada a situações/pessoas/objetos, separação dos cuidadores e danos físicos (Moreno et al., 2011). Portanto, é importante entender as particularidades da ansiedade durante o desenvolvimento, sobretudo, após este período de incertezas e isolamento. No Brasil, ainda existem poucos estudos sobre o tema que conseguem mapear os fatores e desdobramentos que se relacionam às psicopatologias. Mas, de forma geral, já se sabe que o agravamento dos quadros de ansiedade não apenas gera déficits funcionais que acarretam prejuízo ao indivíduo durante sua manifestação, como também geram prejuízo social e acadêmico, os quais podem apresentar implicações importantes (Vianna et al., 2009). Logo, nesta seção, serão discutidas pesquisas conduzidas no Brasil e no exterior que avaliaram o impacto da pandemia na saúde mental de crianças alfabetizadas e adolescentes, avaliando também questões sobre fatores que se relacionam às vulnerabilidades e implicações no contexto educacional.

A identificação e quantificação dos sintomas por meio de instrumentos de medida psicométrica trazem grande auxílio às pesquisas científicas de um modo geral, possibilitando avaliações em larga escala. No período anterior ao COVID-19, estima-se que cerca de 1 a cada 10 crianças poderia desenvolver depressão ou ansiedade (Racine, McArthur, et al., 2021). Uma meta análise conduzida em 29 estudos envolvendo 80879 crianças e adolescentes em todo o mundo (sendo 2 na América Latina e 1 no Brasil) comparou os dados atuais com os levantamentos pré-pandemia. O estudo demonstrou

que 1 a cada 4 crianças apresentou sintomas de depressão e 1 a cada 5 crianças apresentou sintomas de ansiedade durante esta pandemia. Portanto, os dados mostram que a incidência destes quadros psiquiátricos quase dobrou neste período de isolamento social, distanciamento dos amigos, familiares e escolar (Racine, McArthur, et al., 2021)

A maioria dos estudos que avaliaram o impacto de COVID-19 e ansiedade em populações de adolescentes (sem demandas especiais) foi na China, havendo uma associação direta do curso da pandemia e impacto na saúde mental (Jones, Mitra, & Bhuiyan, 2021; Racine, McArthur, et al., 2021). No Brasil, o único estudo publicado até o momento (avaliação feita em 2020) revela que nos anos finais da infância (6-12 anos) a taxa de ansiedade foi próxima de 20%, se relacionando às variáveis de distanciamento social, número de pessoas coabitando e escolaridade dos pais (maiores níveis de ansiedade em relação a pais menos escolarizados) (de Avila et al., 2020; Jones, Mitra, Bhuiyan, et al., 2021). Uma avaliação da UNICEF (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas) perguntou aos jovens, por meio da ferramenta U-Report, como eles se sentiam durante a pandemia: 47% disseram estar preocupados(as) e ansiosos(as). A enquete também mostrou que 72% sentiram necessidade de pedir ajuda, mas 41% reportaram que não chegaram a pedi-la. Entre os que pediram, 36% o fizeram para pessoas próximas, amigos(os) e ou namoradas(os). Saber como, onde e para quem pedir ajuda é um dos passos fundamentais para a promoção da saúde mental (UNICEF, 2020).

O lidar de forma pouco flexível ou negativa com a pandemia parece estar associado a riscos aumentados de ansiedade, estresse, depressão, trauma em adolescentes (Zhang et al., 2020). Entretanto, alguns fatores, sejam biológicos ou socioeconômicos, também apresentam um papel fundamental dentro deste quadro multifacetado que compõe as vulnerabilidades. Um fator muito relevante é que as meninas, assim como as mulheres, apresentam maior risco para sintomas depressivos e ansiosos. Em termos de idade, alguns estudos indicam que adolescentes mais velhos podem sofrer mais os impactos na saúde mental (Zhou, Li, et al., 2020). Uma outra questão é como a dimensão do “sentir-se sozinho” pode ser um aspecto importante a ser considerado, assim como questões psiquiátricas pregressas. E por fim, deve-se considerar a quão próxima da doença a criança ou o adolescente esteve visto que há também um risco aumentado para aqueles que tiveram algum membro familiar próximo acometido pela COVID-19 (Kılınçel et al., 2021).

Os jovens não estão alheios aos acontecimentos da pandemia. Medo de infecção, frustração, tédio, informações inadequadas, falta de contato presencial com amigos, professores e colegas de sala, falta de espaço apropriado em casa e problemas financeiros podem gerar um impacto significativo e duradouro (Wang et al., 2020). Portanto, ignorar os efeitos psicológicos de uma pandemia, em curto ou longo prazo, não parece ser razoável. Além disso, esta faixa etária (10 -19 anos, segundo a WHO) corresponde a uma parcela significativa da população mundial (1 a cada 6 pessoas) e, portanto, estamos falando em garantir ou colocar em risco o pleno desenvolvimento de uma geração (WHO et al., 2020).

As medidas de isolamento social constituem medidas importantes no controle da transmissão do coronavírus na população (da Silva et al., 2021), mas a percepção das pessoas quanto ao isolamento social como medida de mitigação da pandemia varia conforme a renda, escolaridade, idade e sexo. A maior parte da população brasileira acredita que a restrição/isolamento social se trata da medida de controle mais indicada e estão dispostas a esperar o tempo que for necessário para contribuir com o enfrentamento à COVID-19 (Bezerra et al., 2020).

No Brasil, alguns estudos indicam que a aderência ao isolamento social e medidas de distanciamento durante um período de 2020 estão entre 72.4% (71.9–73.8) para crianças, 60.8% (59.6–61.9) para adolescentes e 57.4% (56.9–57.8) para adultos (Barros et al., 2021). Contudo, os adolescentes podem ficar mais irritados devido às restrições de mobilidade e a impossibilidade de interação com os colegas. Essa realidade pode resultar em comportamentos agressivos e/ou de desobediência. A convivência familiar também pode aumentar as tensões nas relações interpessoais e contribuir para um prejuízo da saúde mental (Marques et al., 2020).

Interessantemente, um estudo nos EUA demonstrou que a forma de encarar o isolamento como uma questão social ou individual pode interferir na percepção e impacto da saúde mental de crianças e adolescentes. A maioria dos jovens na faixa de 13-18 anos percebe que as medidas de isolamento social são embasadas pelas crenças, motivações e responsabilidade pró-sociais (proteger o outro). Também foi frequente o relato de que as motivações são parte de medidas ou regras de controle. Os indivíduos desta faixa etária que tem perfil socialmente responsável cumpriram mais frequentemente as medidas de isolamento que os indivíduos que declararam acatar as regras. Os jovens que mantiveram o distanciamento apenas como medidas auto-prote-

tivas (evitarem ficar doentes), embora tenham relatado menor sensação de fardo, tiveram mais sintomas de ansiedade. Aqueles que relataram cumprir o isolamento social por ordem dos pais relataram um sentimento de pertencimento e os jovens que aceitaram a medida restritiva pois preferem ficar em casa, tiveram menos sintomas de ansiedade e depressão (Oosterhoff et al., 2020). Este estudo traz uma reflexão importante sobre como o diálogo e a adoção das medidas de isolamento social é relevante para os adolescentes. Além disso, abordar a aderência às medidas sanitárias vigentes como uma questão social e não individual pode minimizar o impacto na saúde mental dos jovens e gerar uma sensação de pertencimento.

Para além das questões de saúde envolvendo a pandemia, crianças e adolescentes também percebem a crise econômica que foi gerada/agravada neste período. Os jovens sintonizam com o estado emocional dos adultos que os cercam. Exposição a comportamentos imprevisíveis e alterações emocionais são percebidas como potenciais ameaças indiretas, resultando em estados de ansiedade (Dalton et al., 2020). Uma plataforma internacional de estudos com pais e cuidadores relata que mais de 50% dos responsáveis sentiram que suas capacidades parentais foram afetadas por problemas financeiros (Ward, 2020).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância divulgou que aproximadamente 95% das crianças e dos adolescentes matriculados nos sistemas de ensino da América Latina e do Caribe estavam temporariamente sem frequentar a escola em razão da COVID-19. A perspectiva era de que as escolas permanecessem fechadas por algumas semanas, podendo aumentar o risco de ocorrência de problemas de ensino-aprendizagem e evasão escolar, bem como reduzir o acesso à alimentação, água, práticas de higiene pessoal e programas recreacionais, sobretudo nas comunidades em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2020). Antes da pandemia, 5,4 milhões de crianças de 0 a 6 anos (29% do total) viviam em domicílio pobres (renda média mensal abaixo de R\$250,00) no Brasil (RudiRochManitto Alicia Matijaevich&Harkin, 2020). Cerca de 60% da população, na pior fase da pandemia, declarou ter redução ou ausência da renda, o que foi relacionado a sintomas de ansiedade e, notadamente, há um prejuízo acentuado em populações negras ou pardas (da Silva de Almeida et al., 2020). Um mapeamento de estratégias de execução da política pública pelos gestores estaduais do programa nacional de alimentação revela que após o fechamento das escolas, houve algumas iniciativas para tentar garantir a segurança alimentar de crianças em situação de vulnerabilidade. Incluindo as

27 unidades federativas, 55% distribuíram alimentos (cestas básicas), 24% vouchers e cartões alimentação e 19% ambos. Discute-se que estes números são insuficientes para se garantir um acesso adequado à alimentação e suporte nutricional para indivíduos em desenvolvimento (Corrêa et al., 2020).

A resposta de uma criança frente a uma situação de crise depende de diversos fatores, incluindo vivências prévias, saúde mental e física, base cultural e circunstâncias socioeconômicas (Dalton et al., 2020). Não obstante, a marginalização e discriminação relacionada à COVID-19 pode fazer com que crianças mais expostas a estresse psicológico e violência, crianças em contextos socioeconômicos desfavorecidos e perturbados estejam particularmente sob risco aumentado (Ações Humanitárias para a Proteção da Criança, 2020). Para alguns, ficar isolado pode acarretar em maus-tratos, negligência, abusos e exploração (Imran et al., 2020). Este tema foi abordado em outro capítulo deste livro, e recomendamos a leitura como aprofundamento.

Questões sobre o falecimento de cuidadores e aumento no número de órfãos também são assuntos importantes a serem debatidos como um legado desta pandemia. As estimativas predizem que cerca de 130 mil crianças perderam o principal cuidador e 190 mil perderam além do cuidado principal, o cuidador secundário (Hillis et al., 2021). É importante considerar que no Brasil cerca de 70% das crianças também recebem algum suporte financeiro dos avós, que por vezes podem estar no grupo de risco (maiores chances de morbimortalidades). Com base no exposto, os efeitos da ansiedade na pandemia podem variar substancialmente de acordo com categorias demográficas. Enquanto adolescentes e jovens mais velhos e/ou de baixa renda estão mais preocupados e ansiosos com consequências financeiras a longo prazo, uma outra parcela se preocupa com contaminação e questões a curto prazo (McElroy et al., 2020). Portanto, a desigualdade na saúde mental também pode ser um reflexo da desigualdade socioeconômica.

Ainda que crianças não estejam necessariamente em situação de vulnerabilidade social e/ou insegurança alimentar, alterações na rotina apresentam um impacto significativo na saúde mental. Mundialmente tem sido debatido que o tempo de tela aumentou (Imran et al., 2020) e, de forma inversamente proporcional, existem relatos que mostram que tempo dedicado para a prática esportiva foi substancialmente reduzido (McElroy et al., 2020). No Brasil, indicadores que monitoram o estilo de vida antes e durante a pandemia apontam que houve aumento no tempo de tela, do consumo de doces e alimentos congelados, e uma redução na prática de atividades físicas. E,

surpreendentemente, apesar de estarem mais próximos aos cuidadores e em casa, não houve variação no consumo de tabaco (Malta et al., 2021).

Transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes são frequentemente preditores de pior prognóstico na vida adulta. Os impactos negativos da ansiedade podem afetar muito além da escolaridade (problemas de aprendizagem ou evasão), apresentando dificuldades de relacionamento interpessoal e transtornos psiquiátricos que podem perdurar até a vida adulta (Beesdo et al., 2009; Essau et al., 2014; Racine, Anne McArthur, et al., 2021). Da mesma forma, as escolas possuem papel fundamental na qualidade de vida, sendo não apenas relacionada ao conteúdo educacional, mas também oferecendo aos estudantes oportunidades de interação com professores e aconselhamento. A escola configura como um espaço que ativamente promove iniciativas em temas que se mostraram centrais nesta pandemia de COVID-19: saúde mental, higiene, atividades físicas, alimentação saudável, bons hábitos de sono, disponibilizando informações e suporte de acordo com as diferentes faixas etárias (Kilinçel et al., 2021). A pandemia inclusive revelou que estas situações emergenciais requerem times de profissionais preparados para dar suporte tanto aos alunos como aos professores (Camargo et al., 2020).

O processo de enfrentamento à pandemia e de suporte aos jovens deve ser contínuo, ampliando os horizontes da compreensão de que a escola, professores e gestores precisam articular-se diante de ações que os possibilitem ensinar e aprender diante das imprevisibilidades. Equipes poderiam planejar ações coletivas, participativas e solidárias, em atividades compartilhadas entre professores, familiares e estudantes. Além disso, é importante prever um acompanhamento (registro/monitoramento) destas ações em curso, diante de um desafio nunca antes enfrentado. Tanto a estratégia de planejamento prévio como os ajustes em curso necessitam de capacitação e provavelmente constituem um caminho de possibilidades para se definir estratégias para redução dos efeitos negativos da pandemia na educação e saúde mental (WHO et al., 2020).

Portanto, pesquisas epidemiológicas avaliando a saúde mental dos adolescentes são recomendadas, assim como estudos capazes de capturar nuances das experiências subjetivas dos adolescentes diante um problema que causa medo, incertezas e insegurança (Abadio de Oliveira et al., 2020). Ao entender e mapear os impactos na saúde mental, assim como os fatores específicos desta faixa etária, será possível desenhar estratégias de prevenção e mitigação, garantindo direitos básicos e a dignidade humana, favorecendo

o desenvolvimento integral de toda uma geração. Por fim, com relação à atuação profissional, recomenda-se o treinamento e preparação de equipes da área da saúde e da educação, fortalecendo programas de promoção de saúde mental junto a crianças e adolescentes, com a finalidade de capacitar estes profissionais para lidarem com as diferentes demandas em momentos emergenciais.

Na próxima seção, amplia-se o debate acerca dos impactos da pandemia no ensino superior, com destaque para as práticas educativas e os saberes docentes necessários ao enfrentamento das adversidades impostas pelo atual contexto.

Reflexões sobre o impacto da pandemia no processo de aprendizagem de universitários

A pandemia de COVID-19 e as medidas restritivas, como o distanciamento social, contribuiu para um maior desconforto emocional e aumento do risco de doenças psiquiátricas, com taxas alarmantes de indicadores de depressão e ansiedade (Choi et al., 2020; Lee, 2020; Padovan-Neto et al., 2021), especialmente entre grupos como adultos jovens, mulheres, indivíduos com diagnóstico prévio de transtorno mental e indivíduos com maior risco de coronavírus (Conque et al., 2020; Duarte et al., 2020a; JF et al., 2021). Por esse motivo, o tema desta sessão é extremamente relevante no fomento à discussão sobre o impacto da pandemia e das medidas contingenciais sobre a saúde mental dos estudantes e o papel das instituições de ensino e educadores como fator de promoção e proteção de saúde e bem-estar.

Os educadores, mais do que nunca, estão lutando para se adaptar às aulas remotas e manter um ambiente de aprendizagem estimulante e encorajador (Francine de Paulo Martins Lima et al., 2020; Rose, 2020). Dessa forma, plataformas online e ferramentas de aprendizagem tornaram-se primordiais no ensino superior para estabelecer comunicação ativa entre alunos e educadores (Rose, 2020; Lima et al. 2020). Um ambiente dinâmico de aprendizagem é essencial para a entrega adequada de conteúdo e o fortalecimento dos laços sociais durante o distanciamento social (Melo et al., 2020)

A tecnologia não substitui e não poderá substituir de forma alguma o contato humano e a relação professor-aluno. Porém, ela pode mediar o processo de aprendizagem significativa de uma geração hiper conectada (Dravet& Castro, 2019). Assim, aplicar o potencial das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) no processo de ensino-aprendizagem é

essencial, uma vez que promovem uma aprendizagem personalizada, em que cada aluno utiliza suas próprias estratégias de aprendizagem para construir seus próprios sentidos e significados.

Uma metodologia ativa é baseada em alguns princípios, como a personalização da aprendizagem. O principal objetivo deste modelo de ensino é incentivar os alunos para que aprendam de forma autônoma e participativa, a partir de problemas e situações reais. Permitir ao aluno apresentar suas opiniões e ideias, fazer perguntas e tirar suas dúvidas, assim como entender seus saberes prévios, possibilita um verdadeiro envolvimento deste aluno com o aprendizado, fazendo-o buscar uma resposta ou uma solução. Assim, ao contrário do modelo de Educação tradicional, baseado na exposição massiva e passiva de conteúdo, a aprendizagem ativa aumenta a nossa flexibilidade cognitiva, que é a capacidade de adaptar-nos a situações novas, superando modelos mentais rígidos e respostas automáticas pouco eficientes (Moran, 2017).

Dessa forma, é possível estimular o protagonismo e a autonomia do aluno e contribuir no sentido de aumentar sua flexibilidade cognitiva, característica essencial para o desenvolvimento de habilidades não apenas cognitivas como também socioemocionais, tais como: pensamento crítico, resolução de problemas, cooperação, respeito mútuo, perseverança e flexibilidade (Cosenza & Guerra, 2011).

A interação online também é um recurso importante de comunicação e fortalecimento de laços sociais durante o isolamento (Melo et al., 2020). Assim, as metodologias ativas, incluindo as mediadas pelas TDICs nas práticas de ensino-aprendizagem e o fortalecimento das redes e laços socioafetivos podem ser considerados fatores protetivos importantes contra a instabilidade psíquica gerada pela pandemia no âmbito educacional. Compreendendo-se como fatores protetivos no contexto desse estudo, tudo aquilo que pode reduzir os impactos do estresse e do isolamento social, resultando num desfecho positivo ao bem-estar psíquico do aluno e à sua própria aprendizagem.

É imprescindível elaborar planos que contemplem objetivos de aprendizagem que minimizem os impactos psicológicos impostos pela pandemia, contribuindo com estratégias de aprendizagem que possam apoiar os alunos e promover proteção psicológica em contextos adversos. No entanto, cabe ressaltar, que o foco deste relato se limitou ao universo dessa amostra, não aprofundando a discussão sobre a formação de professores e o papel das práticas pedagógicas para a educação remota.

Em um estudo publicado recentemente (Godoy et al., 2021), nosso grupo investigou o impacto das metodologias ativas associadas às tecnologias de comunicação e informação digital no aprendizado remoto durante a pandemia COVID-19. A pesquisa consistiu em questões referentes a informações básicas, efeitos psicológicos da pandemia do coronavírus, ansiedade devido ao coronavírus, ansiedade generalizada, prejuízo funcional e por fim, a percepção dos estudantes na metodologia aplicada pela disciplina. Além disso, avaliou-se o progresso de aprendizagem utilizando questões múltipla escolha pré e pós aula expositiva.

Neste estudo, uma alta prevalência (42,9%) dos estudantes apresentaram indicadores de sintomas de ansiedade generalizada medida pela escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (Zhou, Zhang, et al., 2020). Além disso, mais do que 52% também apresentaram indicadores de prejuízo funcional de acordo com a escala de ajustamento social e de trabalho (Mundt et al., 2002). As escalas GAD-7 e WSAS apontaram para o predomínio do nível elevado de ansiedade e prejuízo na funcionalidade dos estudantes no final do semestre. Além disso, estes índices foram correlacionados com a baixa performance de aprendizado de acordo com o desempenho dos alunos referente às questões de múltipla escolha pré e pós aulas expositivas.

A pandemia agravou consideravelmente os sintomas da ansiedade e sofrimento, sobretudo entre mulheres jovens (Barros et al., 2021; Conque et al., 2020; Duarte et al., 2020b; JF et al., 2021; Padovan-Neto et al., 2021). Pesquisas sobre estudantes universitários no Brasil (Mariani, 2021) demonstraram alta ansiedade, depressão e altos índices de estresse. Portanto, a pandemia do COVID tem tido impacto negativo nos estudantes.

Os prejuízos funcionais são normalmente considerados em conjunto com a ansiedade durante uma avaliação clínica apesar da natureza multidimensional do comprometimento funcional para transtornos de ansiedade, este argumento parece ser mais intensamente relacionado com a disfuncionalidade relacionada a vida social (McKnight et al., 2016).

A partir de evidências oriundas de relatos cerca do ensino online durante a pandemia da COVID-19, é possível estabelecer uma relação entre o desempenho dos alunos e os métodos de ensino adotados, que trazem algumas potencialidades relacionadas ao ensino-aprendizagem e ao desenvolvimento de habilidades do aluno consideradas importantes para lidar com períodos de incerteza como o que estamos vivendo, especialmente no sentido de mitigar os efeitos negativos impostos pelo isolamento social (Cota Machado, 2017; Melo et al., 2020).

Destaca-se a importância do planejamento docente referente às metodologias de ensino-aprendizagem a serem adotadas, ou seja, uma sala de aula online não pode ser um repositório de conteúdos digitais, é preciso que haja intencionalidade na proposta de ensino e que o professor leve em consideração os interesses e anseios daquele grupo específico de alunos (Moreira, 2020).

Uma metodologia ativa interessante é denominada “Ensino Híbrido” ou “*Blended Learning*”, que significa aprendizagem misturada, mesclada, ou seja, uma combinação dos modelos presencial e a distância, cuja ferramenta principal nesse processo é a tecnologia. Neste ecossistema mais aberto e criativo é possível ensinar e aprender de inúmeras formas, em todos os momentos, em múltiplos espaços (Bacich et al., 2015). Nesse modelo, estão presentes a flexibilização da gestão de horários, dos ambientes físicos e do acompanhamento das atividades, assim como a criação de situações didáticas nas quais a presença física seja limitada, além do acompanhamento da evolução do aluno com o suporte de dados e algoritmos inteligentes (Mariani, 2020).

Dentre os modelos de Ensino Híbrido existentes, destaca-se também, em função da obrigatoriedade do ensino remoto emergencial, o modelo “Virtual Enriquecido”, que consiste em conciliar práticas pedagógicas síncronas e assíncronas. Esse modelo foi associado a outras metodologias ativas de ensino como a sala de aula invertida, em que os alunos têm a possibilidade de estudar previamente os materiais disponíveis tendo a flexibilidade de estudar da forma como mais se identificam, e no ritmo e horário que melhor se adequem a eles.

As práticas assíncronas do modelo virtual enriquecido são realizadas indispensavelmente em ambientes digitais. O professor é responsável por fazer a mediação pedagógica no mundo virtual por meio do planejamento de atividades e materiais, disponibilizando-os geralmente em grupos de aplicativos de mensagens ou plataformas digitais de armazenamento em nuvem. As atividades assíncronas são complementares às síncronas. Nesta prática, o professor disponibiliza previamente às aulas síncronas, artigos, vídeos-aula e casos clínicos para que, no momento síncrono, fossem esclarecidas dúvidas decorrentes do conteúdo disponibilizado. O objetivo é oferecer ao aluno, um material diversificado referente à disciplina para que eles pudessem aprofundar o conhecimento antes das aulas. Tal autonomia para gerenciar o próprio aprendizado de acordo com seu ritmo permite um processo de ensino-aprendizagem personalizado que considera os interesses, as capacidades, habilidades e características de cada aluno, evitando a massificação da Educação tradicional (Pasini; Carvalho & Almeida, 2020).

As práticas síncronas, por outro lado, são aquelas em que há encontro “em tempo real” entre professor e aluno, geralmente em um ambiente físico (sala de aula), mas que também pode ser virtual. O elemento essencial das práticas síncronas é a própria interação professor-aluno permeada pelo vínculo socioemocional e pelo respeito aos interesses, necessidades e saberes de cada aluno em sua individualidade, que humanizam o processo de ensino-aprendizagem (Astudillo & Martín-García, 2020).

Dessa forma, fica evidente que esses novos contextos e ambientes na educação geram comunidades de aprendizagem que facilitam e perpetuam o aprendizado, promovendo a interação e a colaboração e construindo um sentimento de pertencimento entre os membros, elementos-chave do sucesso do *Blended Learning*, nos quais deve ocorrer um processo dinâmico, flexível e adaptável (Abadio de Oliveira et al., 2020).

No entanto, para que esse processo seja eficaz, é necessário espaço de discussão mais aprofundada sobre a formação de professores e o papel da tecnologia em suas práticas pedagógicas, a fim de que sejam adotadas políticas e programas de formação e de capacitação para todos os agentes educativos que permitam realizar uma adequada transição deste ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede de qualidade.

Conclui-se que a prática de metodologias ativas de aprendizagem associadas às TDICs, com ênfase no ensino híbrido virtual enriquecido, revelou-se bastante promissora nesse estudo para minimizar os impactos negativos na saúde mental dos indivíduos em função do isolamento social. No entanto, ainda são necessárias pesquisas mais abrangentes nessa área, com o intuito de compreender melhor os impactos afetivos e sociais da pandemia no processo de ensino-aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo evidencia que um número expressivo da população apresentou alterações na rotina e na qualidade de vida com as alterações oriundas da pandemia de COVID-19 no Brasil. Conclui-se, portanto, que as alterações cotidianas e a vulnerabilidade de alguns grupos frente aos estressores pandêmicos faz necessária a identificação dos fatores de risco ao maior comprometimento em situações de crise, bem como da atuação precoce e efetiva tanto na contenção da crise sanitária, quanto na redução de estressores psicológicos.

Pesquisas como esta são de grande importância para o levantamento dos dados na elaboração de intervenções eficientes e políticas públicas que auxiliem na tomada de decisão frente aos cenários de potencial impacto na saúde mental dos indivíduos, com o objetivo de reduzir o sofrimento psicológico e impactos gerais na população. Por isso, demais pesquisas devem ser conduzidas a fim de elucidar os grupos de maior vulnerabilidade psicossocial no Brasil em momentos de crise, bem como os fatores que podem atuar como moderadores e preditores de desfechos negativos em saúde mental. Tais dados podem ser utilizados no melhor direcionamento e implementação de medidas público-privadas diante de situações tão demandantes, além de contribuírem para práticas baseadas em evidências nas diversas áreas, tanto na saúde, quanto na educação, política e economia, evitando que maiores danos aos indivíduos sejam decorrentes da má gestão e demora em atuação efetiva na condução de medidas em situações de crise.

Por fim, vale destacar a relevância da integração das áreas de conhecimento como resposta aos enfrentamentos dos desafios advindos da pandemia. Os relatos apresentados elucidaram variáveis individuais e contextuais que definem a complexidade do momento atual e exigem uma atuação profissional comprometida com a transformação social.

REFERÊNCIAS

- Abadio de Oliveira, W., Luiz da Silva, J., Luiz Monezi Andrade, A., De Micheli, D., Monique Carlos, D., Angélica Iossi Silva, M., & A Oliveira, C. W. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scopingreview. *Adolescents' health in times of COVID-19: a scopingreview* La saluddel adolescente entiempos de la COVID-19: scopingreview. *Cad. Saúde Pública*, 36(8), 150020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>
- Altwajjri, Y. A., Al-Subaie, A. S., Al-Habeeb, A., Bilal, L., Al-Desouki, M., Aradati, M., King, A. J., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & Yasmin Altwajjri, C. A. (2020). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey*. <https://doi.org/10.1002/mpr.1836>
- Astudillo, M. V., & Martín-García, A. V. (2020). Teoria da atividade: fundamento para estudo e desenho do Blended Learning. *Cadernos de Pesquisa*, 50(176), 515–533. <https://doi.org/10.1590/198053147127>
- Barros, F. C., Hartwig, F. P., Barros, A. J. D., Menezes, A. M. B., Horta, B. L., Struchiner, C. J., Vidaletti, L. P., Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Delagostin, O. A., Hallal, P. C., & Vitorica, C. G. (2021). COVID-19 and social distancing among children and adolescents in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 55, 42. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003832>

- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2009.06.002>
- Bezerra, A. C. V., da Silva, C. E. M., Soares, F. R. G., & da Silva, J. A. M. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(suppl 1), 2411–2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Camargo, C. P., Tempski, P. Z., Busnardo, F. F., Martins, M. de A., & Gemperli, R. (2020). Online learning and COVID-19: a meta-synthesis analysis. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 75, e2286. <https://doi.org/10.6061/CLINICS/2020/E2286>
- Casey, B., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003>.The
- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 3740, 17(10), 3740. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17103740>
- Conque, D., Ferreira, S., Oliveira, W. L., Nara, Z., Delabrida, C., Faro, A., & Cerqueira-santos, E. (2020). *duringthe Covid-19 pandemic*. 27(1), 62–69.
- Corrêa, E. N., Neves, J. das, Souza, L. D. de, Lorintino, C. da S., Porrua, P., & Vasconcelos, rancisco de A. G. de. (2020). School feeding in Covid-19 times: mapping of public policy execution strategies by state administration. *Revista de Nutrição*, 33. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e200169>
- Cota Machado, S. (2017). Análise Sobre o Uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (Tdics) no Processo Educacional da Geração Internet. *Renote*, 14(2). <https://doi.org/10.22456/1679-1916.70645>
- Cowan, C. S. M., Callaghan, B. L., Kan, J. M., & Richardson, R. (2016). The lasting impact of early-life adversity on individuals and their descendants: potential mechanisms and hope for intervention. *Genes, BrainandBehavior*, 15, 155–168. <https://doi.org/10.1111/gbb.12263>
- Da Silva de Almeida, W., Szwarcwald, C. L., Malta, D. C., de Azevedo Barros, M. B., de Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Romero, D., Lima, M. G., Damacena, G. N., Machado, Í. E., Gomes, C. S., de Fátima de Pina, M., Gracie, R., Werneck, A. O., & da Silva, D. R. P. (2020). Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>
- Da Silva, F. C., Zamprogna, K. M., de Souza, S. S., Silva, D. H., & Sell, D. (2021). Social isolation and the speed of covid-19 cases: measures to prevent transmission. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200238>
- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 346–347. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)
- De Avila, M. G., Filho, P. H., Jacob, F., Alcantara, L., Berghammer, M., Nolbris, M. J., Olaya-Contreras, P., & Nilsson, S. (2020). Children's Anxiety and Factors Related to the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Study Using the Children's Anxiety

- Questionnaire and the Numerical Rating Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5757. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>
- Derks, N. A. V, Krugers, H. J., Hoogenraad, C. C., Joëls, M., & Sarabdjitsingh, R. A. (2016). Effects of Early Life Stress on Synaptic Plasticity in the Developing Hippocampus of Male and Female Rats. *PLOS ONE*, 11(10), e0164551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164551>
- Dravet, F., & Castro, G. de. (2019). Aprendizagem, meios digitais e afeto: propostas para um novo paradigma na educação superior. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/INTERFACE.180321>
- Duarte, M. de Q., Santo, M. A. da S., Lima, C. P., Giordani, J. P., & Trentini, C. M. (2020a). Covid-19 and the impacts on mental health: A sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(9), 3401–3411. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>
- Duarte, M. de Q., Santo, M. A. da S., Lima, C. P., Giordani, J. P., & Trentini, C. M. (2020b). COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3401–3411. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>
- Essau, C.A., Lewinsohn, P.M., Olaya, B. & Seeley, J.R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033>
- Francine de Paulo Martins Lima, Ximenes Martins, R., & Maria Ferreira, H. (2020). Reflexões sobre os processos didático-pedagógicos na educação superior: para além da moda das metodologias ativas. *Devir Educação*, 4(2), 149–169. <https://doi.org/10.30905/DED.V4I2.307>
- Godoy, D., Falcowski, R., Incrocci, R. M., Versuti, F. M., & Padovan-neto, F. E. (2021). *education sciences The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Remote Learning in Higher Education. December 2020*, 1–13.
- P, C. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews. Endocrinology*, 5(7), 374–381. <https://doi.org/10.1038/NRENDO.2009.106>
- Heim, C., Newport, D J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.PSYNEUEN.2008.03.008>
- Hillis, S. D., Unwin, H. J. T., Chen, Y., Cluver, L., Sherr, L., Goldman, P. S., Ratmann, O., Donnelly, C. A., Bhatt, S., Villaveces, A., Butchart, A., Bachman, G., Rawlings, L., Green, P., Nelson, C. A., & Flaxman, S. (2021). Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. *The Lancet*, 398(10298), 391–402. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01253-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01253-8)
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- JF, G., SD, S., R, C., B, H., MA, C., & AR, R. (2021). COVID-19 and mental health in

- Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 32–37. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2020.09.021>
- Jones, E. A. K., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
- Jones, E. A. K., Mitra, A. K., Bhuiyan, A. R., & Dankulinova, Z. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
- Juruena, M. F. (2014). Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression. *Epilepsy & Behavior*, 38, 148–159. <https://doi.org/10.1016/J.YEBEH.2013.10.020>
- Kılınçel, Ş., Kılınçel, O., Muratdağı, G., Aydın, A., & Usta, M. B. (2021). Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(2), 1–6. <https://doi.org/10.1111/appy.12406>
- Krugers, H. J., Hoogenraad, C. C., & Groc, L. (2010). Stress hormones and AMPA receptor trafficking in synaptic plasticity and memory. *Nature Reviews Neuroscience* 2010 11:10, 11(10), 675–681. <https://doi.org/10.1038/nrn2913>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lippmann, M., Bress, A., Nemeroff, C. B., Plotsky, P. M., & Monteggia, L. M. (2007). Long-term behavioural and molecular alterations associated with maternal separation in rats. *European Journal of Neuroscience*, 25(10), 3091–3098. <https://doi.org/10.1111/J.1460-9568.2007.05522.X>
- Lucassen, P. J., Pruessner, J., Sousa, N., Osborne, ., Almeida, F. X., Marie, A., Dam, V., Rajkowska, G., Dick, ., Swaab, F., Czéh, B., Lucassen, P. J., Pruessner, J., Sousa, N., Almeida, O. F. X., Dam, A. M. Van, Rajkowska, G., Swaab, D. F., & Czéh, B. (2014). Neuropathology of stress. *Acta Neuropathol*, 3, 109–135. <https://doi.org/10.1007/s00401-013-1223-5>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Malta, D. C., Gomes, C. S., de Azevedo Barros, M. B., Lima, M. G., da Silva, A. G., de Magalhães Cardoso, L. S., Werneck, A. O., da Silva, D. R. P., de Souza Ferreira, A. P., Romero, D. E., de Fátima Freitas, M. I., Machado, Í. E., de Souza Júnior, P. R. B., Damacena, G. N., Azevedo, L. O., da Silva de Almeida, W., & Szwarcwald, C. L. (2021). The COVID-19 pandemic and changes in the lifestyles of Brazilian adolescents. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210012>
- Marques, E. S., de Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>
- McElroy, E., Patalay, P., Moltrecht, B., Shevlin, M., Shum, A., Creswell, C., & Waite, P. (2020). Demographic and health factors associated with pandemic anxiety in the

- context of COVID-19. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 934–944. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12470>
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review*, 45, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.005>
- Melo, B. D. et al. (2020). (org). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações para gestores. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cartilha. 13 p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41030>
- Moreira, José Antônio Marques; Henriques, Susana; Barros, Daniela. (2020). Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. *Dialogia, São Paulo, n.34*, p. 351-364, jan./abr.2020. <https://doi.org/10.5585/dialogia.n34.17123>
- Moreno, R., Moreno, D., & Demetrio, F. (2011). Psicofarmacologia em Psiquiatria: Antidepressivos. *Clínica Psiquiátrica*, 1158–1175.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461–464. <https://doi.org/10.1192/BJP.180.5.461>
- Oosterhoff, B., Palmer, C. A., Wilson, J., & Shook, N. (2020). Adolescents' Motivations to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations With Mental and Social Health. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.004>
- Padovan-Neto, F. E., Lee, S. A., Guimarães, R. P., Godoy, L. D., Costa, H. B., Zerbini, F. L. S., & Fukusima, S. S. (2021). Brazilian Adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale: A Psychometric Investigation of a Measure of Coronaphobia. *Omega (United States)*. <https://doi.org/10.1177/0030222821991325>
- Pattwell, S. S., Bath, K. G., Casey, B. J., Ninan, I., & Lee, F. S. (2011). Selective early-acquired fear memories undergo temporary suppression during adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(3), 1182–1187. <https://doi.org/10.1073/pnas.1012975108>
- Pattwell, S. S., Duhoux, S., Hartley, C. A., Johnson, D. C., Jing, D., Elliott, M. D., Ruberry, E. J., Powers, A., Mehta, N., Yang, R. R., Soliman, F., Glatt, C. E., Casey, B. J., Ninan, I., & Lee, F. S. (2012). Altered fear learning across development in both mouse and human. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(40), 16318–16323. <https://doi.org/10.1073/pnas.1206834109>
- Pattwell, S. S., Liston, C., Jing, D., Ninan, I., Yang, R. R., Witztum, J., Murdock, M. H., Dincheva, I., Bath, K. G., Casey, B. J., Deisseroth, K., & Lee, F. S. (2016). Dynamic changes in neural circuitry during adolescence are associated with persistent attenuation of fear memories. *Nature Communications*, 7(May), 1–9. <https://doi.org/10.1038/ncomms11475>
- PW, G., FK, G., & GP, C. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to the neurobiology of stress (2). *The New England Journal of Medicine*, 319(7), 413–420. <https://doi.org/10.1056/NEJM198808183190706>

- Racine, N., Anne McArthur, B., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S., Affiliations, A., & Racine, C. (2021). *Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 A Meta-analysis Editorial Supplemental content*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rose, S. (2020). Medical Student Education in the Time of COVID-19. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2131–2132. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5227>
- RudiRochManitto Alicia Matijaevich, A. M. C. B. A. C. K. D. N. dos S. D. F. de M. F. M. L. H. P. B. L. de M. L. A. F. L. R. B., &Harkin, V. J. S. M. (2020). *Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2020). Edição Especial: Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil*. <https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Working-Paper-Repercussoes-da-pandemia-no-desenvolvimento-infantil-3.pdf>
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417–463. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)
- UNICEF (2020). *Aliança para a Proteção da Criança em Ações Humanitárias. Nota Técnica: Proteção da Criança durante a Pandemia do Coronavírus*. <https://www.unicef.org/brazil/media/7561/file>
- UNICEF. (2020). *UNICEF Report on Mental Health during the pandemics*. <https://brasil.ureport.in/opinion/1932/>
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., &Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46–61. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=
- Walker, C.-D., Bath, K. G., Joels, M., Korosi, A., Larauche, M., Lucassen, P. J., Morris, M. J., Raineke, C., Roth, T. L., Sullivan, R. M., Taché, Y., &Baram, T. Z. (2017). Chronic early life stress induced by limited bedding and nesting (LBN) material in rodents: critical considerations of methodology, outcomes and translational potential: Roundtable discussion at the 4 th Neurobiology of Stress Workshop (Newport Beach, Apr. *Stress*, 20(5), 421–448. <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1343296>. Chronic
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- ard, S. J. L. & K. P. (2020). *Stress and parenting during the coronavirus pandemic*. https://www.parentingincontext.org/uploads/8/1/3/1/81318622/research_brief_stress_and_parenting_during_the_coronavirus_pandemic_final.pdf
- WHO. (2020). *Fact sheet Adolescente Mental Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- WHO, Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F., Camargo, C. P., Tempiski, P. Z., Busnardo, F. F., de Arruda Martins, M., Gemperli, R., Valle, P. D., & Marcom, J. L. R. (2020). Factsheet Adolescente Mental Health. *Desafios Da Educação Em Tempos de Pandemia*, 395(10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J., & Tao, Q. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 747–755. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.026>
- Zhou, S.-J., Li, ., Zhang, -Gang, Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, . Mei, Chen, . Xi, & Chen, J.-X. (2020). *Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19*. 29, 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J.-X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Saúde Mental e Sobrecarga Emocional de Profissionais de Saúde do Brasil envolvidos no Atendimento a Portadores de Covid-19: Resultados Parciais do Estudo MENTALvid

Isabella Lara Machado Silveira,

Flavia de Lima Osório e

Sonia Regina Loureiro

A demanda por assistência em saúde associada ao COVID-19 coloca profissionais de saúde em risco de sofrimento mental. Apresentar-se-á dados parciais do MENTALvid, um estudo observacional, de seguimento, de alcance nacional, que avalia e acompanha os indicadores de saúde mental de diferentes categorias de profissionais da saúde, atuando no cuidado de pacientes COVID-19. Objetiva-se: a) descrever o desenho do estudo; b) caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de percepção de risco/ contágio; c) comparar os indicadores de ansiedade, depressão, insônia e estresse pós-traumático e, d) compartilhar a experiência de comunicar os resultados individuais aos participantes, como recurso de informação, sensibilização e de estímulo para a busca de auxílio. A divulgação do estudo e as avaliações ocorreram por meios digitais, utilizando-se de instrumentos de auto relato. Após cada avaliação foram encaminhadas devolutivas individualizadas. Foram incluídos na Fase I, 916 participantes (41% enfermagem; 30% médicos e 29% outras áreas profissionais). Verificou-se, nos três grupos, o predomínio de participantes do sexo feminino, que vivem com familiares, com média de 10 anos de profissão, trabalhando na linha de frente com baixo nível de satisfação com as condições de proteção física e emocional, e que referiram medo de serem contaminados e contaminarem familiares. Os indicadores de problemas de saúde mental mostraram-se elevados em todos os grupos, especialmente para os profissionais de enfermagem. Foram enviados mais de 5000 devolutivas e realizados 70 encaminhamentos para atendimento de apoio. O contexto adverso da pandemia pode ser uma oportunidade para o investimento na valorização dos profissionais de saúde.

O impacto da COVID-19 para os profissionais de saúde

O aumento de demanda por assistência em saúde associado ao SARS-COV2 e da doença provocada por ele, a COVID-19, tem colocado os

profissionais de saúde em contato com múltiplos desafios e risco aumentado de sofrimento mental.

Abordar a saúde mental dos profissionais de saúde tem relevância não só para garantir a qualidade das suas habilidades profissionais imediatas, mas para minimizar os efeitos a longo prazo para a saúde e o bem-estar dos mesmos (Rana, Mukhtar & Mukhtar, 2020).

Desde o trabalho pioneiro de Lai et al (2020) sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, com coleta de dados entre 29 de janeiro e 3 de fevereiro de 2020, visando caracterizar as condições de saúde mental de profissionais de 34 hospitais chineses, inúmeros estudos empíricos foram realizados em diversos países. De modo semelhante foram publicadas muitas revisões e metanálises, buscando verificar as associações mais evidentes dos indicadores de saúde mental dos profissionais de saúde com condições pessoais, contextuais e suas decorrências.

De modo a mapear o campo, destacam-se alguns dados de estudos de revisão e metanálise. Observa-se que os principais problemas psicológicos apresentados pelos profissionais de saúde, diretamente envolvidos no cuidado com pacientes com COVID-19 em geral, são: depressão, estresse, ansiedade, raiva, medo e insônia (Shaukat & Razzak, 2020). Foi relatada uma grande variabilidade de taxas de indicadores de problemas de saúde mental nos estudos analisados na revisão sistemática de Garcia-Iglesias et al (2020), verificando o predomínio de níveis médio-altos de ansiedade (26,5 a 44,6%), seguido de depressão (8,1 a 25%), preocupação e insônia (23,6 a 38%), ressaltando que, paradoxalmente, os níveis de estresse ficaram abaixo do esperado.

Tendo por base uma metanálise, Papa et al (2020) relataram que uma proporção relevante de profissionais de saúde no período da pandemia apresentaram taxas de indicadores de ansiedade de 23,2%, de depressão 22,8% e 38,9% de insônia, com maiores taxas para as mulheres e para profissionais de enfermagem, em comparação aos homens e aos médicos. Em outra metanálise que analisou 115 estudos sobre o impacto para a saúde física e mental dos profissionais de saúde, Salazar de Pablo et al (2020) relataram que 62,5% dos profissionais de saúde expostos ao COVID-19 referiram preocupações gerais com a saúde, 43,7% referiram medo de contágio, 37,9% referiram insônia, 29,0% ansiedade, 26,3% depressão e 20,7% estresse pós-traumático.

Com base em uma outra revisão sistemática da literatura que analisou estudos conduzidos em 16 países, a saber, China, Indonésia, Itália, Etiópia,

Nepal, Espanha, Estados Unidos, Omã, Israel, Peru, Reino Unido e Arábia Saudita, Índia, Cingapura, Malásia, Vietnã, Bekele & Hajure (2021) relataram o predomínio de estudos que abordaram indicadores de estresse, seguido de ansiedade, depressão e insônia. Em diferentes estudos, os profissionais de saúde que trabalham na linha de frente, no cuidado direto com os pacientes com COVID-19, foram apontados como os mais afetados por esses diferentes sintomas psicológicos (Shaukat & Razzak, 2020).

A duração da pandemia, a sua evolução em ondas e a permanência da sobrecarga dos atendimentos aos pacientes faz pensar na possibilidade de efeitos profundos e duradouros sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, o que torna necessário estudos confiáveis, de modo a fornecer dados que permitam estimar a extensão e duração das sequelas de saúde mental das populações vulneráveis de modo a nortear as políticas públicas (Pierce, 2020).

Ao analisarem a carga do COVID-19 sobre os sistemas de saúde e os profissionais da área, Mehta et al (2021) apontaram que, para os países de baixa e média renda, esse impacto foi potencializado pelas difíceis decisões de escolher os cuidados oferecidos no contexto de grave escassez de equipamentos básicos e de recursos de tratamento.

Analisando-se a extensa literatura sobre o tema verifica-se que vários fatores têm sido relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde no cuidado com pacientes com COVID-19, tais como: a) variáveis sociodemográficas relativas ao nível educacional e técnico, sexo, idade, estado civil, etnia; b) variáveis ocupacionais como o tipo de ocupação, a experiência profissional, a carga horária, o ambiente de trabalho, a disponibilidade de equipamentos de proteção, o treinamento e suporte institucional à saúde física e mental; e c) variáveis pessoais como a percepção sobre o nível de exposição pessoal e familiar ao COVID-19, as comorbidades e a história de transtornos mentais prévios, a prática regular de exercícios físicos e o suporte social na comunidade.

Para ilustrar os principais resultados identificados na literatura quanto a essas variáveis serão apresentados alguns estudos. Maciaszek et al (2020) destacaram que foram associados com escores significativamente maiores de problemas de saúde mental, as variáveis sociodemográficas sexo feminino e menor idade; com relação às ocupacionais, a ausência de equipamentos de proteção pessoal apropriados e a maior preocupação com a própria saúde e das pessoas do núcleo familiar. Buselli et al (2020), com base em estudo desenvolvido em um hospital universitário da Itália com médicos, enfermeiros e técnicos verificaram, durante um dos picos da pandemia, que trabalhar na

linha de frente em relação a trabalhar em UTI não COVID foi condição de risco para mais sintomas ansiosos, mas não para depressão.

Muitos estudos, conduzidos em diferentes países desenvolvidos e em desenvolvimento, avaliaram médicos e enfermeiros, sendo que um menor número de estudos incluíram nas suas amostras outros profissionais de saúde, considerados como aliados, tais como, técnicos de radiologia e de laboratório, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, farmacêuticos, profissionais de saúde pública e estudantes de ciências da saúde, que compõem as equipes multidisciplinares de tratamento a pacientes COVID-19 (Conti et al, 2020; Samaniego et al, 2020; Khanal et al, 2020). Nesses estudos, os profissionais de enfermagem mostraram-se mais fragilizados, apresentando maiores índices de ansiedade (Hacimusalar et al, 2020; Samaniego et al, 2020), depressão (Cunill et al, 2020) e estresse agudo (Wang et al, 2021).

Considerando-se que o contexto da pandemia se reveste de peculiaridades socioculturais, identificar a influência desses aspectos, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil (Ornell et al, 2020) é relevante por favorecer um mapeamento das necessidades de cuidados de saúde mental dos profissionais de saúde, tão essenciais para a sociedade, especialmente nesse momento de pandemia .

Assim, nesse capítulo, apresentar-se-á dados parciais da Fase I do estudo MENTALvid, um estudo observacional, de seguimento, de alcance nacional, que avalia e acompanha os indicadores de saúde mental de diferentes categorias de profissionais da saúde, atuando no cuidado de pacientes COVID-19. Objetiva-se neste capítulo: a) descrever o desenho do estudo nas suas diferentes etapas; b) caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de percepção de risco de contaminação pelo SARS-COV2; c) comparar os indicadores de saúde mental desses profissionais, quanto às manifestações de ansiedade, depressão, insônia e estresse pós traumático e d) compartilhar a experiência de comunicar os resultados individuais aos participantes, como recurso de informação, sensibilização e de estímulo para a busca de auxílio.

O estudo MENTALvid

O Estudo MENTALvid é uma iniciativa de docentes do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – processo 401058/2020-

4). Trata-se de um estudo observacional, de seguimento, que tem por objetivo maior avaliar e acompanhar os indicadores de saúde mental de diferentes categorias de profissionais da saúde, atuando no cuidado de pacientes COVID-19, descrevendo fatores de risco e proteção associados. Tem ainda como propósito informar e sensibilizar profissionais de saúde sobre as condições de saúde mental, de forma a promover autoconhecimento e busca de auxílio especializado.

O estudo teve início em maio de 2020 e, sua proposta inicial (Fase I) contemplou sete fases de coleta de dados, com períodos de 15 dias entre elas, realizadas de forma online, de maneira a garantir alcance nacional e adequação às restrições sanitárias. Para isso, utilizou-se de uma plataforma online de coleta e gerenciamento de dados (Plataforma REDCap), que permitiu a criação de link para o acesso inicial à pesquisa, bem como de links personalizados para as fases de seguimento. Destaca-se que a plataforma REDcap atende aos requisitos atuais relativos à Lei Geral de Proteção de Dados, mostrando-se um excelente recurso para armazenamento e compartilhamento seguro das informações.

Para o recrutamento de participantes a nível nacional, procurou-se realizar ampla divulgação do estudo, utilizando-se de mídias impressas e televisivas, mídias sociais (uma página do estudo foi criada nas redes *Facebook* e *Instagram*), contatos com instituições de saúde de relevância do país e com conselhos de classe. O público alvo do estudo foram os profissionais de saúde, independente da profissão (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas, farmacêuticos e assistentes sociais), que atuavam direta ou indiretamente nos cuidados a portadores de COVID-19. O link de acesso à pesquisa foi apresentado junto à divulgação do estudo. A avaliação inicial foi composta por:

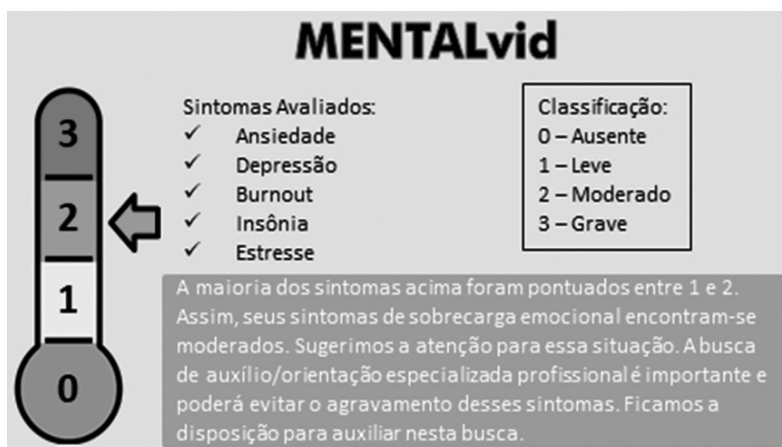
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (o qual fora assinado e armazenado digitalmente);
- Questionário composto por itens relativos à caracterização sociodemográfica e clínica, às características do trabalho, da instituição, dos riscos ocupacionais à saúde física e mental e por outros relacionados ao apoio social;
- Instrumento para caracterização de traços de personalidade (Escala de Neuroticismo do Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R; Costa & McCrae, 2007) e coping (Escala Breve de Coping Resiliente; Sinclair & Wallston, 2004);

- Instrumentos para avaliação da saúde mental e sobrecarga emocional, a saber: indicadores de ansiedade (Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7; Spitzer et al, 2006; Moreno et al, 2016), de depressão (Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9; Kroenke et al, 2001; Osório et al, 2009), de estresse pós-traumático (Lista de Verificação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático – versão reduzida (PCL-5; Osório et al, 2016; Pereira-Lima et al, 2019), insônia (Índice de Gravidade de Insônia (ISI; Castro, 2011) e burnout (Inventário de Burnout de Maslach- versão abreviada (aMBI-HSS; Maslach & Jackson, 1986; Carlotto & Câmara, 2007).

Os participantes que concluíram o preenchimento de todos os instrumentos foram incluídos no estudo e, a partir de então, a cada 15 dias, passaram a ser monitorados quanto à saúde mental, por um período de 90 dias. Para a avaliação de monitoramento foram enviados por *email* e *whatsapp* um *link* personalizado para acesso e preenchimento dos instrumentos. Nessas avaliações, apenas os instrumentos descritos no item (d) foram apresentados.

Após cada avaliação, para estimular o autoconhecimento e a busca de auxílio especializado (se necessário), um *feedback* era enviado ao participante, também por *email* e *whatsapp*. Esse *feedback*, em forma de ilustração, foi criado com base em um algoritmo, que identificava o nível de graduação dos diferentes sintomas (leve, moderado e grave), conforme exemplificado na Figura 1.

Figura 1: Ilustração do feedback de monitoramento dos indicadores emocionais e de sobrecarga



Como forma de acolher os participantes que referiam necessidade de algum tipo de auxílio especializado, criou-se uma parceria público-privada com a Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto, que já oferecia, desde o início da pandemia, um serviço gratuito de suporte psicológico emergencial aos profissionais de saúde. Assim, os participantes interessados eram encaminhados para o atendimento, que ocorria de forma online, com duração de até quatro sessões.

Criou-se também, em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), um breve vídeo motivacional, enviado aos participantes ao fim da Fase I estudo, como forma de valorizar e incentivar a atuação profissional dos mesmos, num momento tão crucial como o atual.

Com a evolução e agravamento da pandemia, sobretudo no segundo semestre de 2020, optou-se por dar continuidade ao estudo, incluindo uma nova fase de coleta de dados (Fase II) nos períodos após seis, 12 e 24 meses do término da coleta de dados da Fase I (D90). Para tanto utilizou-se os mesmos instrumentos das fases anteriores de monitoramento, com acréscimo do Inventário de Crescimento Pós-Traumático (Silva et al, 2018).

No momento atual, a avaliação de pós seis meses fora concluída e algumas análises de dados foram efetivadas. Os dados do estudo estão sendo apresentados de forma sistemática aos gestores do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações e do Ministério da Saúde, através de seminários semestrais vinculados à Chamada Pública MCTI/ CNPq/ FNDCT/ MS/ SC-TIE/ Decit 07/2020: “Pesquisas para Enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves”.

Profissionais de saúde: aspectos sociodemográficos, ocupacionais e de percepções de risco associadas ao covid-19

O perfil sociodemográfico, ocupacional e de percepção de risco dos profissionais de saúde que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19 tem sido abordado por muitos estudos como fonte importante de informação para se analisar o impacto da pandemia para a saúde mental desses profissionais, considerando as associações das dificuldades às características pessoais e de inserção no contexto de trabalho (Papa et al, 2020; Bekele & Hajure, 2021).

No estudo MENTALvid, a maioria dos participantes foram do sexo feminino (79%), com média de idade de aproximadamente 35 anos. Apenas 18% não residiam com familiares, 47,4% eram casados ou viviam em uma união estável e um pouco mais da metade não tinha filhos (57%).

Analisando-se todas as categorias profissionais, verificou-se que elas são constituídas, em sua maioria, por trabalhadores do sexo feminino, porém, os médicos apresentaram uma taxa significativamente menor de participantes mulheres (67,6%), em comparação com o grupo outras categorias profissionais (83,5%) e enfermagem (86,8%). Quanto à idade, os médicos referiram uma média de 38,5 anos, a qual é significativamente maior em relação a outras categorias profissionais (33,9 anos) e enfermagem (33,7 anos). Sobre residir com familiares, a enfermagem é a categoria que apresenta taxa significativamente maior (87,2%), quando comparada aos médicos (74,5%) e às outras categorias profissionais (84,5%).

A predominância de profissionais da saúde do sexo feminino atuando no combate à COVID-19 tem sido considerada como um dos fatores determinantes para impacto psicológico negativo experimentado por esses profissionais, como foi possível identificar em um relevante número de estudos analisados pela revisão de Bekele & Hajure (2021), que indicou que as mulheres apresentaram mais riscos de ansiedade, insônia e estresse que homens. Um estudo realizado por Conti et al. (2020) constatou que as mulheres eram as que mais sofriam com a sobrecarga da emergência atual da COVID-19, atribuindo esse resultado aos papéis duplos que a mesma assume na família, como cuidar dos filhos e trabalhar profissionalmente.

No que se refere à idade, alguns estudos têm demonstrado que uma maior média de idade em equipes de saúde está sendo relacionada com menores níveis de sofrimento emocional, como pode ser observado no estudo realizado por Maciaszec et al. (2020), que destacaram que ser um profissional mais velho foi um fator associado a taxas significativamente menores de indicadores de ansiedade. Outro estudo realizado por Conti et al. (2020), indicou que profissionais de saúde mais novos (< 40 anos de idade) relataram níveis maiores de somatização, depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Maiores indicadores de problemas de saúde mental foram relacionados com a experiência profissional, destacando que os trabalhadores da saúde mais jovens têm menos experiências com situações difíceis, complexas e desafiadoras do que seus colegas mais velhos, que em geral são mais experientes.

Em relação aos aspectos ocupacionais, a média de tempo de exercício profissional dos participantes da pesquisa foi de 10 anos de experiência, com mais da metade deles exercendo a profissão em hospitais públicos (62,4%) e em centros de referência COVID-19 (65%) e, aproximadamente metade, na atenção terciária (48%). Além disso, metade dos profissionais da saúde

relataram carga horária extra de trabalho, poucos referiram o desejo de pedir demissão (16%) e grande parte relatou expectativa positiva quanto ao futuro profissional (77%).

Considerando as diferentes categorias profissionais, este estudo identificou que os médicos apresentaram uma média de tempo de experiência de 12,4 anos, que é significativamente maior que outras categorias profissionais (9,5 anos) e enfermagem (9 anos). Em relação à atuação em hospitais públicos, os médicos apresentaram taxa significativamente menor (52,4%), em comparação à enfermagem (65,4%) e outras categorias profissionais (68,7%), porém, em relação à atenção terciária, os médicos apresentaram uma taxa significativamente maior (62,5%) que enfermagem (40,4%) e outras categorias profissionais (45,7%). Diferentes revisões têm analisado o impacto dos fatores ocupacionais para a saúde mental de profissionais da saúde no atendimento a pacientes com COVID-19. Uma revisão realizada por Sanghera et al. (2021) identificou que ter menos anos de experiência de trabalho (< 10 anos) foi um fator que esteve associado a piores resultados no que se refere a indicadores de saúde mental como ansiedade e depressão. García-Iglesias et al. (2020) apontaram que o tempo de experiência de trabalho também tem sido um fator relevante para alterações nos indicadores de saúde mental dos trabalhadores no contexto da COVID-19 e referiram que quanto maior o número de horas de trabalho por semana (>35 horas), maiores os níveis de estresse em enfermeiras.

Quanto à percepção de risco, observou-se que um pouco menos da metade dos participantes referiram satisfação com as medidas de proteção de saúde física (43%) e uma pequena parte deles (17%) com as medidas institucionais de proteção à saúde mental. Com relação ao suporte, 81,6% referiram que contam com o apoio social/emocional familiares, 80,7% de amigos, 67% de colegas de trabalho e 31,9% de grupos religiosos. Verificou-se uma alta taxa de profissionais com preocupação em serem infectados (79%) e ainda, um maior receio de infectarem familiares (96%), sendo que 14,3% da amostra relatou já ter sido infectada pelo SARS-COV2. Um pouco mais da metade dos participantes do estudo relatou que as pessoas evitavam contato em função do trabalho que exercem (57,5%).

Analisando-se as categorias profissionais específicas, identificou-se que a enfermagem apresentou taxa significativamente menor de satisfação com as medidas de proteção de saúde física (37,2%) quando comparada à categoria outros profissionais (50,9%). Quanto à preocupação em ser infectado, os

médicos apresentaram uma prevalência significativamente menor (71,3%) do que outras categorias profissionais (81,1%) e enfermagem (84,3%). No que se refere ao relato de ter sido infectado, os médicos também apresentaram uma taxa significativamente menor (10,8%) em comparação com a enfermagem (18,9%).

De forma geral, constatou-se que os trabalhadores da saúde relataram a percepção de que sua segurança está ameaçada, apresentando taxas elevadas de insatisfação com as medidas de proteção institucional à saúde física e especialmente, à saúde mental. Maciaszec et al. (2020) enfatizaram que, um dos fatores que mais afeta positivamente a saúde mental da equipe de saúde que atua no enfrentamento à pandemia é o fornecimento de uma sensação de segurança no local de trabalho, destacando a importância da proteção adequada contra a infecção para esses trabalhadores. Alguns estudos analisados pela revisão realizada por García-Iglesias et al. (2020) indicaram que fatores como não dispor de suficiente material de proteção, estar preocupado com a possibilidade de ser contagiado e não receber apoio por parte da sociedade podem afetar negativamente o sono dos profissionais de saúde atuando na pandemia e que a saúde da família, bem como o risco de transmitir a doença aos familiares estiveram entre as preocupações mais comuns entre esses profissionais.

Nesse estudo, identificou-se que a categoria enfermagem reúne um conjunto de características que a literatura tem apontado como fatores de risco para a saúde mental, uma vez que, comparada a médicos e outros profissionais, apresentou as maiores taxas de trabalhadores do sexo feminino e que estão preocupados em serem infectados e a menor média de idade e tempo de experiência profissional, bem como a menor taxa de satisfação com as medidas de proteção física em relação às demais categorias analisadas. Segundo Salazar de Pablo et al. (2020), em vários estudos, tem sido verificado um maior número de respondentes mulheres, e essas têm apresentado mais estresse psicológico relacionado à COVID-19. Como as mulheres são predominantes na enfermagem, tal condição tem favorecido mais indicadores de saúde mental para essa categoria profissional. Sanghera et al. (2021) acrescentaram que pode haver múltiplos fatores associados a mais problemas de saúde mental na categoria enfermagem, como aspectos próprios da função laboral, que incluem por exemplo, ser responsável por monitorar os sinais vitais, administrar oxigênio e atender às necessidades dos pacientes.

Com relação a categoria outros profissionais, que reúne várias profissões da saúde que não médicos e enfermagem, identificou-se taxas semelhantes às

da categoria enfermagem quanto ao sexo, média de idade, média de tempo de experiência profissional e preocupação em ser infectado, diferindo dessa categoria, principalmente, no que se refere a maior satisfação com as medidas de proteção física, que, de acordo com a literatura, tem sido um dos fatores de proteção mais relevantes para a saúde mental de profissionais da saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19 .

Quanto aos médicos, no estudo MENTALvid, identificou-se que essa categoria apresenta um conjunto maior de fatores de proteção, indicados pela literatura como fundamentais para a saúde mental dos trabalhadores da saúde que atuam combate à COVID-19, já que, quando comparados à enfermagem e aos outros profissionais, apresentaram as maiores taxas de profissionais do sexo masculino, maior média de idade e de tempo de experiência profissional, além da menor taxa de profissionais que referiram preocupação em serem infectados.

Analisando-se os aspectos relativos ao perfil sociodemográfico, ocupacional e de identificação de percepções de risco das categorias profissionais dos trabalhadores da área da saúde atuando no atendimento a pacientes com COVID-19 que participaram do Mentalvid, identificou-se que cada grupo profissional apresentou um conjunto diverso de fatores que têm sido apontados pela literatura como sendo de risco e proteção para a saúde mental desses profissionais. Nesse sentido, é relevante levar em consideração esses marcadores quando da proposição de programas e políticas de prevenção e intervenção em saúde mental para esses profissionais. No próximo tópico apresentaremos os indicadores de sofrimento mental dos participantes do estudo em função das categorias profissionais.

Saúde mental dos profissionais de saúde: comparações dos indicadores de ansiedade, depressão, insônia e estresse pós-traumático em função da categoria profissional

No estudo Mentalvid, verificou-se, quanto às taxas gerais de indicadores de problemas de saúde mental, para amostra total, o predomínio de insônia (61,5%), seguido de ansiedade (43,3%), depressão (40,2%) e estresse pós-traumático (36,0%). Para todos os indicadores as taxas são altas, em comparação a dados de estudos brasileiros anteriores à pandemia, com a população geral e com profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva. Com base em estudo de coorte, Nunes et al (2016) relataram, para a população geral, que o transtorno de ansiedade foi a categoria mais fre-

quente, com taxa de 16,2%, seguida episódio depressivo, com taxa de 4,2%. Com relação a enfermeiros que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva foi identificado indicadores de *burnout* em cerca de 14.3% da amostra e de sintomas depressivos em 11% (Vasconcelos, Martino & França, 2018).

Nos subgrupos de categorias profissionais observou-se a mesma ordem de prevalência de problemas, porém, com percentuais diversos. A taxa elevada de problemas ligados à insônia foi predominante para todos os grupos, o que sugere que o enfrentamento da pandemia está demandando um alto envolvimento pessoal e emocional por parte dos profissionais da saúde em geral (Teixeira et al, 2020). A elevada taxa de insônia chama a atenção, por se caracterizar como uma das principais causas do comprometimento do desempenho neuro comportamental, o que no caso dos profissionais de saúde, pode favorecer riscos na execução das competências e exposição da segurança do paciente (Azoulay et al, 2020).

Os profissionais de enfermagem foram os que apresentaram as maiores taxas de indicadores de ansiedade (50,3%), depressão (45,2%) e estresse pós-traumático (38,9%), em comparação aos demais grupos. Tais taxas guardam semelhança com estudos conduzidos com profissionais de saúde de diferentes países, no que diz respeito a maior vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem quanto aos valores elevados de ansiedade (Samaniego et al, 2020; Azoulay et al, 2020; Khanal et al, 2020) e depressão (Cunill et al, 2020) caracterizando maior vulnerabilidade desses profissionais de saúde (Papa et al, 2020). No Brasil, estudo que analisou casos confirmados e de óbitos por COVID-19 entre profissionais de enfermagem, relatou que esses profissionais são os que apresentam maiores taxas de contaminação e de óbitos (Duprat & Melo, 2020). A proximidade e o maior tempo de cuidado com os pacientes podem ser alguns dos fatores que favorecem a maior exposição ao risco de contaminação e a maior sobrecarga emocional, como mostrado por Azoulay et al (2020).

Os médicos, em comparação às demais categorias profissionais, apresentaram as menores taxas quanto a todos os de problemas avaliados, a saber, ansiedade (37,1%), depressão (35,3%), estresse pós-traumático (32,4%) e insônia (53,8%). Essas taxas foram comparativamente menores que a de outros profissionais, e são semelhantes às relatadas em outros estudos conduzidos durante a pandemia, quanto à presença de sintomas depressivos (Azoulay et al, 2020; Khanal et al, 2020; Cunill et al, 2020; Duarte, Silva & Bagatini, 2021) e de insônia (Que et al, 2020). Destaca-se que os médicos foram

os profissionais da amostra com predomínio do sexo masculino, com mais idade e mais tempo de experiência profissional, o que se também se mostrou associado à presença de menos indicadores de problemas de saúde mental em outros estudos (Maciaszek et al, 2020), denotando possíveis fatores de proteção relativos aos marcadores sociais idade, sexo e tempo de experiência.

Com relação às outras categorias profissionais verificou-se os seguintes indicadores: ansiedade (40,0%), depressão (38,1%), estresse pós-traumático (35,8%) e insônia (65,3%), essa última, com diferença significativa em comparação à categoria médicos. Cerca de 73% desses profissionais estavam atuando na linha de frente, contudo, em muitos serviços de saúde a atuação é mais pontual, sendo chamados para o atendimento de pacientes específicos, sem o compromisso de atendimento para todos os pacientes internados. Essa categoria é menos estudada e mais diversa quanto aos profissionais incluídos nos estudos prévios, o que dificulta as comparações, dadas as especificidades do trabalho executado e a maior heterogeneidade das profissões. Contudo, os indicadores de saúde mental identificados mostraram, a exemplo dos médicos e enfermagem, taxas elevadas de problemas, sugerindo exposição a sobrecarga emocional semelhante.

Ao se analisar a taxa de indicadores de problemas de saúde mental dos três grupos de categorias profissionais observa-se semelhanças com os dados destacados em diversas revisões bibliográficas (Garcia-Iglesias et al, 2020; Salazar de Pablo et al, 2020; Papa, et al, 2020).

Considerando-se as elevadas taxas de indicadores de problemas de saúde mental identificadas no estudo é relevante ter em conta que foram incluídos participantes de todos os estados do Brasil, o que implica em abarcar diferentes condições de trabalho, além das especificidades e das condições associadas ao trabalho de diferentes categorias profissionais que exercem funções na área da saúde. Em relação aos profissionais da área de saúde no Brasil, Teixeira et al (2020), ao abordarem os principais problemas que estão afetando os profissionais envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia de COVID-19, destacam que além das dificuldades crônicas decorrentes do sub financiamento do Sistema Único de Saúde, as diferentes categorias profissionais experimentam uma hierarquização das relações técnicas e sociais do trabalho, com reconhecimento desigual do serviço prestado, e diferenças de predomínio quanto ao gênero, nas diferentes categorias profissionais. Diante disso, salienta a necessidade de reconhecer tal cenário ao se planejar e promover ações de assistência a tais profissionais.

A experiência de “comunicação de resultados” síncrona aos voluntários da pesquisa: aprendizados e alcances

A devolução de resultados de pesquisa, um dos fundamentos éticos do fazer científico, caracteriza-se pela a divulgação do conhecimento gerado para a comunidade científica e para a população como um todo, de forma a garantir o compartilhamento e ampliação do saber, o aprendizado, o pensamento crítico e a resolução de problemas. Iniciativas como as que motivaram o 1º Encontro Internacional de Saúde Mental e Reações Psicológicas e Neurológicas à Covid-19 ocorrido entre 30 de março e 1º de abril de 2021 e o desenvolvimento deste livro, ilustram essas ações.

Porém, para além disso, esse momento pode assumir outras nuances, já que oferece a oportunidade para estabelecimento de aproximações e diálogos com os sujeitos diretamente envolvidos no estudo. Assim sendo, esclarecimentos, orientações e apontamentos de dificuldades e potencialidades podem ser feitos de forma que os resultados individuais possam promover autoconhecimento, empoderamento, reflexões e mudanças positivas na vida dos envolvidos. Essa prática, vem sendo adotada, de forma ainda discreta, em nosso meio científico, com relatos de resultados extremamente positivos (Pessanha et al, 2013; Anjos et al, 2016; Palmeira et al, 2019).

Partindo dessa premissa, o estudo MENTALvid, como já salientado, teve como um de seus objetivos principais sensibilizar os profissionais de saúde participantes da pesquisa sobre a sua condição de sobrecarga emocional, de forma a estimular a busca de cuidado e o reestabelecimento das condições de saúde mental.

Para tal, criou-se uma metodologia de envio de *feedbacks* individualizados quinzenais, imediatamente após o recebimento das avaliações, por meio de *email* e *whatsapp*. Com base nos escores dos instrumentos, de uma forma simples e visual (Figura 1), o participante recebia uma síntese da sua condição atual de saúde mental, visando sensibilizá-lo para atentar à sua situação e assim, aumentar as chances de mobilização para o cuidado de si. Junto a isso, a equipe de pesquisa se colocava a disposição para auxiliar com orientações e busca de auxílio especializado, abrindo um canal de comunicação individualizado com o participante, o qual, para surpresa (positiva) da equipe, foi amplamente utilizado.

Observou-se a importância dada pelos participantes a este tipo de procedimento, sentido como acolhimento e cuidado. Alguns participantes, ao receberem o *feedback*, passavam a compartilhar nuances de suas condições

de trabalho, da tristeza pela perda de pacientes e colegas para a COVID-19, da saudade de familiares pela distância que se fez necessária, do medo de contaminação e das perspectivas desesperançosas de futuro, diante do que os pesquisadores mantiveram postura de escuta ativa e interativa. Chamou a atenção que a busca por esse contato oferecido ocorreu não só pelos participantes que apresentavam indicadores de dificuldades de saúde mental. Muitos que não apresentavam indicadores expressivos de sofrimento também contataram a equipe expressando a necessidade de serem ouvidos, reconhecidos e valorizados no exercício de suas atividades profissionais.

Outros participantes, puderam aproveitar o *feedback* para uma auto-reflexão, reconhecendo sinais de sofrimento e fragilidades, muitas vezes reprimidos ou não valorizados, buscando auxílio especializado. Salientamos que a parceria firmada com a Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto foi essencial, pois pudemos encaminhar cerca de 70 participantes para atendimento psicológico de apoio, que foram prontamente atendidos em suas demandas mais agudas, o que trouxe um ganho direto aos mesmos.

Por fim, a proposta de criação e divulgação de um vídeo motivacional, cujo conteúdo valorizava a atuação dos profissionais de saúde na pandemia, teve por propósito reconhecer o trabalho essencial dessa classe, que não mediu esforços para garantir a saúde de toda a nossa sociedade, muitas vezes, em detrimento de suas próprias necessidades e limites. O vídeo nos pareceu uma forma sensível e carinhosa de lhes prestar uma homenagem e destacar a gratidão pelo serviço desenvolvido.

Algumas falas destacadas abaixo são ilustrativas desse processo e, certamente, servem como estímulo para impulsionar essa prática da devolutiva individual ao participante de pesquisa. A experiência de nosso grupo com a mesma foi extremamente positiva e estimulante, além de mobilizadora, sinalizando para novos alcances da comunicação de resultados de pesquisa, que superam os compromissos éticos e científicos, humanizando o processo, com benefícios diretos e imediatos ao participante voluntário que contribui com o conhecimento e por vezes, não se percebe como parte essencial desse processo.

“Desde o início da minha participação na pesquisa venho conseguindo observar melhor como estou me sentindo e através dela fui cada vez mais sensibilizada a reconhecer meu nível de estresse ou possíveis sinais de algum sofrimento mental (...) ganhei conhecimento pessoal e pude procurar a ajuda profissional

necessária para a superação de sofrimento e hoje posso colaborar ainda mais com o serviço de saúde onde trabalho”;

“Desde o início da pandemia, passei por situações de muito trabalho e estresse, e cheguei a precisar me afastar por um mês de minhas atividades laborais no hospital que trabalho devido síndrome de Burnout... fui me dar conta disso participando da pesquisa (...) Partilho esta experiência para que seus pesquisadores possam tomar conhecimento do quão distantes suas pesquisas podem chegar, por mais que não tenham essa intenção ou objetivo finais. Sou grata pela experiência e evoluções obtidas e reconhecedora da importância da pesquisa científica para o Brasil, que vem passando por dificuldades desde o seu reconhecimento até fomento”;

“Venho expressar meu agradecimento pelos cuidados de vocês para conosco durante toda a pesquisa. Eu sou psicóloga hospitalar e trabalho MUITO, o dia inteiro, muito focada com pacientes, acompanhantes, familiares, equipe profissional, etc. Muitas vezes reprimo a minha emoção (seja ela qual for) para estar atenta às emoções alheias. Neste período, eu ainda não havia me sentido tão tocada e emocionada (de maneira muito positiva) por um vídeo elou palavras como as que vocês mandaram neste e-mail. Me sinto extremamente agradecida por ter participado de tudo isso”;

“Muito obrigada pelo apoio durante a pandemia! Foi muito importante! Vocês foram maravilhosos”;

“Conforto enorme nesta ‘despedida’, com um sentimento de “Calma, as coisas estão sendo difíceis, mas está valendo a pena!”.

Temos clareza que essa proposta, que demandou muito tempo da equipe, tem vários limites tais como, no caso das avaliações, ter por base os escores dos instrumentos e seus dados disponíveis enquanto nota de corte, algumas vezes com pouca especificidade para essa população. Sabemos que ao se oferecer um recorte, como uma foto de um momento, os dados não foram integrados a variáveis sociodemográficas e às demandas pessoais que, em uma devolutiva pessoal, poderiam ser considerados. Contudo, mesmo a devolutiva não sendo solicitada, dada a condição voluntária de participação, essa informação constava do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e consideramos que os limites reconhecidos foram menores que os ganhos proporcionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo MENTALvid foi um dos pioneiros a avaliar os indicadores de sobrecarga emocional dos profissionais de saúde do Brasil, que atuam nos cuidados a pacientes com COVID-19 e retrata, tal qual observado em outras realidades mundo afora, as condições adversas vividas pelos mesmos, com destaque às profissionais do sexo feminino, mais jovens e da área da enfermagem. Os indicadores elevados de problemas de saúde mental, associados ao descontentamento dos participantes do estudo, com as medidas de proteção emocional oferecidas pelas instituições, salientam a necessidade urgente de se investir nesses cuidados, de forma a garantir a saúde dos profissionais, dos pacientes e da sociedade como um todo, dada a relevância do trabalho prestado por essa categoria de profissionais no momento atual de combate à pandemia. Estudos como o nosso, podem ter importante papel social, ao estimular o auto-conhecimento e sensibilizar para a necessidade de busca de auxílio especializado, porém cabe às instituições e às instâncias governamentais providências para o atendimento de tais demandas. Nossa expectativa é que a proximidade estabelecida com os órgãos gestores da saúde no Brasil, por meio da chamada que financia o estudo MENTALvid, possa também estimular medidas que favoreçam a implantação de políticas públicas com alvo na saúde mental desses profissionais, que perdurem para além do momento atual.

REFERÊNCIAS

- Anjos, K. F., Boery, R. N., Santos, V., & Boery, E. N. (2016). Devolutiva dos resultados de pesquisa desenvolvida com cuidadores familiares de idosos dependentes. *Revista Eletrônica de Extensão – Extensio UFSC*, 3(23). <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2016v13n23p99>
- Azoulay, E. , Cariou, A. , Bruneel, F., Demoule, A. , Kouatchet, A., Reuter, D., Souppart, V., Combes, A., Klouche, K., Argaud, L., Barbier, F., Jourdain, M., Jean Reignier, J., Papazian, L., Guidet, B., Géri, G., Resche-Rigon, M., Guisset, O., Vincent Labbé, V., Mégarbane, B., Van Der Meersch, G., Guitton, C., Friedman, D., Pochard, F., Darmon, M. & Kentish-Barnes, N.: for the FAMIREA Study Group. (2020). Symptoms of anxiety, depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 10, 1388-1398. <https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC>
- Bekele, F., & Hajure, M. (2021). Magnitude and determinants of the psychological impact of COVID-19 among health care workers: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.1177/20503121211012512>

- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A., & Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 26(17), 6180. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Carlotto, M. S., & Câmara, S.G. (2007). [ARTIGO PARCIALMENTE RETRATADO]: Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 325-332. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300004>
- Castro, L.S. Adaptação e Validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): caracterização populacional, valores normativos e aspectos associados. (2011). Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 104f. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23193>
- Conti, C., Fontanesi, L., Lanzara, R., Rosa, I., & Porcelli, P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PloS one*, 15(11), p. e0242538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242538>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2007). *NEO PI-R – Inventário de personalidade neo revisado e inventário de cinco fatores NEO revisado – NEO-FFI-R (Versão Curta)*. São Paulo: Vetor.
- Cunill, M., Aymerich, M., Serdà, B-C., & Patiño-Masó, J. (2020). The Impact of COVID-19 on Spanish Health Professionals: A Description of Physical and Psychological Effects. *International Journal of Mental Health Promotion*. 22(3), 185-198. [doi:10.32604/IJMHP.2020.011615](https://doi.org/10.32604/IJMHP.2020.011615)
- Duarte, M. L. C, Silva, D.G., & Bagatini, M. M. C. (2021). Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(Spe)2020014e. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140>
- Duprat, I. P., & Melo, G. C. (2020). Analysis of cases and deaths by COVID-19 in Brazilian nursing professionals. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, p.e 30 <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018220>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 94 (23), e202007088.
- Hacimusalar, Y., Kahve, A. C., Yasar, A. B., & Aydin, M. S. (2020). Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.024>
- Khanal, P., Devkota, N., Dahal, M., Paudel, K., & Joshi, D. (2020). Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Global Health*, 16(89), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00621-z>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. [doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x)

- Lai, J., Simeng, M., Ying, W., Zhongxiang, C., Jianbo, H., Ning, W., Jiang, W., Hui, D., Tingting, C., Ruiting, L., Huawei, T., Lijun, K., Lihua, Y., Manli, H., Huafen, W., Gaohua, W., Zhongchun, L., & Shaohua, H. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA Network Open*, [S.I.], 3(3), e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Maciaszek, J., Ciulkowicz, M., Misiak, B., Szczesniak, D., Luc, D., Wieczorek, T., Fila-Witecka, K., Gawlowski, P., & Rymaszewska, J. (2020). Mental Health of Medical and Non-Medical Professionals during the Peak of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Nationwide Study. *Journal of clinical medicine*, [S.I.], 9(8), 2527. <https://doi.org/10.3390/jcm9082527>
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). Maslach burnout inventory. Consulting psychologists press, 21, pp. 3463-3464.
- Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., Moss, M., Azoulay, E., & Herridge, M. (2021) COVID-19: a heavy toll on health-care workers. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), 226-228. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00068-0)
- Moreno, A. L., De Sousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., F. L., & Crippa, J. A. S. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, 24(1), 367-376. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-25>.
- Nunes, M. A., Pinheiro, A. P., Bessel, M., Brunoni, A. R., Kemp, A. H., Benseñor, I. M., Chor, D., Barreto, S., & Schmidt, M. I. (2016). Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(2), 91-97. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., Henrique, F., & Kessler, P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Osório, F. L., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 45(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
- Osório, F. L., Silva, T. D. A., Santos, R. G., Hortes, M., Chagas, N., Chagas, N. M., Sanches, R. F., & Crippa, J.A.S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. *Archives of Clinical Psychiatry*. 44(1), 10-19. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107>
- Palmeira, I.P., Rodrigues, I. L. A., Teixeira, E., Panarra, B. A. C. S., Almeida, A. I. S., Carneiro, D. F., & Galvão, S. S. C. (2019). Feedback on research results to healthcare professionals in the context of HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1416-1420. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0875>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Paraskevi, K. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

- Pereira-Lima, K., Loureiro, S.R., Bolsoni, L.M., Silva, T.D.A., & Osório, F.L. (2019). Psychometric properties and diagnostic utility of a Brazilian version of the PCL-5 (complete and abbreviated versions). *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581020>
- Pessanha, J., da Silva, C. O., & Rotemberg, L. (2013). Uma experiência de restituição de resultados em saúde do trabalhador. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 32-44.
- Pierce, M., McManus, S., Jessop, C., John, A., Hotopf, M., Ford, T., Stephani Hatch, S., Wessely, S., & Abel, K. M. (2020). Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *Lancet Psychiatry*, 7, 567-568. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30237-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30237-6)
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Li Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), e100259. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19. (2020). *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Ana Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sarah Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 275, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>
- Samaniego, A., Úrzua, A., Buenahora, M., & Vera-Villahoel, P. (2020). Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *Interamerican Journal of Psychology*, 54(1). <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>
- Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A., & Burke, J. R. (2021). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of occupational health*, 62(1), e12175. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>
- Shaukat, N., & Razzak, J. (2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Internacional Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
- Silva, T. L.G., Ramos, V.G., Donat, J. C., Oliveira, F. R., Gauer, G., & Kristensen, C.H. (2018). Psychometric properties of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Brazilian university students. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(4), 292-299. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0050>
- Sinclair, V.G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. *Assessment*, 10, 19. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lowe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25 (9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Vasconcelos, E. M., Martino, M. M., & França, S. P. S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(1), 135-141. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
- Wang, Y.Y., Duan, Z., Peng, K., Li, D., Ou, J., Wilson, A., Wang, N., Si, L., & Chen, R. (2021). Acute stress disorder among frontline health professionals during the COVID-19 outbreak: A structural equation modelling investigation. *Psychosomatic Medicine*, 83 (4), 373-379. doi: 10.1097/PSY.0000000000000851

Todos sofremos e todos precisamos trabalhar! ***Cenários e experiências da primeira onda de*** ***COVID-19 no Brasil***

*Mayra Antonelli-Ponti, Roberta Olivério-Naegeli,
Adriely Lopes de Oliveira, Jaqueline Basilio Lupi, André Nicolau*

Nossa proposta é dialogar com diversos cenários, com pessoas que vivenciaram experiências distintas em locais distintos, bem como compreender a forma como elas enfrentaram os desafios impostos no momento, os sofrimentos suscitados pelas circunstâncias e as suas superações. Na primeira parte deste capítulo, apresentaremos um estudo quantitativo realizado com a população brasileira. Foram coletados dados de 862 pessoas que autorrelataram sobre suas sensações de estresse, ansiedade, depressão, tristeza e (in)satisfação com a vida. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e de associação. Em seguida, adentraremos cenários mais específicos: em dois deles, utilizaremos do recurso de relato de experiência a partir de narrativas de profissionais que atuam na área da saúde. O primeiro trata do trabalho realizado em serviço de saúde mental na atenção básica no município de Osasco, em atendimento a funcionários da saúde e pacientes de uma região habitada por aproximadamente 65 mil habitantes, que compreende os bairros Padroeira, Bandeiras e Jardim Roberto. O segundo trará a experiência de auto isolamento dos funcionários e pacientes, como estratégia preventiva, realizado em hospital de Cuidados Paliativos referência em atenção a idosos na cidade de São Paulo. Por último, serão demonstrados dados do sofrimento psicológico de professores atuantes na modalidade de ensino remoto no interior do Ceará. Esse estudo, de caráter qualitativo, teve o objetivo inicial de compreender as dificuldades do ensino remoto, mas apresentou aspectos importantes relacionados à saúde mental desses profissionais.

INTRODUÇÃO

Diante das incertezas e do medo que acompanhou a primeira onda de Covid-19 no Brasil e no mundo, implicitamente todos sabíamos que não estávamos vivendo dias normais e, na falta da normalidade, para nos apoiarmos, na iminência da contaminação, do padecimento do corpo e até da mor-

te, não seria possível manter os sentimentos intactos. Como manter disposição, motivação, serenidade e felicidade diante de um mal que acomete o mundo todo? Neste panorama, muitos disseram que o “vírus nos mostrou que somos iguais”, referindo à letalidade, supostamente igual para todos. Mas aqui, se nos permitem, argumentamos que algo de nossa humanidade revelou que somos muito similares: nosso sofrimento psicológico. Sofrer por si, pelo outro, pela instabilidade, pela falta de contato social, pela falta de suporte financeiro e emocional. Isso sim, tirando o privilégio dos negacionistas, que talvez sofram de maneiras um pouco distintas, nos colocou, mesmo vivenciando experiências diferentes, em sentimentos que nos aproximaram como espécie: o ser humano sofre! Nossa proposta é dialogar com diversos cenários. Pessoas que vivenciaram experiências distintas em locais distintos. Compreender a forma como elas enfrentaram os desafios impostos no momento, os sofrimentos suscitados pelas circunstâncias e as superações que tiveram. Na primeira parte do capítulo será apresentado em estudo quantitativo realizado com a população brasileira. Foram coletados dados de 862 pessoas que autorrelataram sobre suas sensações de estresse, ansiedade, depressão, tristeza e (in)satisfação com a vida. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e de associação. Em seguida, adentraremos cenários mais específicos: em dois deles, utilizaremos do recurso de relato de experiência a partir de narrativas de profissionais que atuam na área da saúde. O primeiro trata do trabalho realizado em serviço de saúde mental na atenção básica no município de Osasco, em atendimento a funcionários da saúde e pacientes de uma região habitada por aproximadamente 65 mil habitantes, que compreende os bairros Padroeira, Bandeiras e Jardim Roberto. O segundo trará a experiência de auto isolamento dos funcionários e pacientes, como estratégia preventiva realizada em hospital de Cuidados Paliativos, referência em atenção à idosos na cidade de São Paulo. Logo após, serão demonstrados dados do sofrimento psicológico de professores atuantes na modalidade de ensino remoto no interior do Ceará. Esse estudo, de caráter qualitativo, teve o objetivo inicial de compreender as dificuldades do ensino remoto, mas apresentou aspectos importantes relacionados à saúde mental desses profissionais. Harari (2018), no livro “21 lições para o século 21”, já indicava que a relação entre as pessoas e seus trabalhos poderia ser estressante devido a possibilidade cada vez maior da modificação dos tipos e modos de trabalho e modos de trabalhar. O isolamento social exigido para contenção do SARS-CoV-2 impulsionou não só as modificações dos trabalhos, como também a disseminação do estresse. Nesse

sentido, finalizaremos com recomendações de possíveis caminhos para garantir o cuidado, a saúde e o bem estar da população e dos diferentes profissionais em seus cenários e experiências.

A saúde mental do brasileiro: quando ansiedade, estresse, depressão e tristeza expressam o sofrimento psicológico

não é novidade que a pandemia causada pelo vírus SARS-Cov-2, causador da doença denominada Covid-19, provocou profundas mudanças no cotidiano das pessoas e no funcionamento da sociedade de modo geral. Tal mudança foi marcada pelo medo da contaminação, pelo conflito entre se prevenir do vírus e continuar o modo de vida. Nesse ponto, precisam ser consideradas as diversas situações, como por exemplo, pessoas em total isolamento, sentindo-se sozinhas, entediadas, tristes; pessoas que precisam se deslocar, para trabalhar e garantir a subsistência, que sofrem os efeitos que acabamos de relatar, com o agravamento do medo de passar fome; pessoas em situação de rua, impossibilitadas de adotar as medidas sanitárias recomendadas (Lima, 2020).

O ano de 2020, durante a primeira onda de Covid-19 foi permeado, portanto, por medo, inseguranças, incertezas e indefinições, o que afetou a saúde e o bem estar da população no Brasil e no mundo (Abad et al., 2020; Antonelli-Ponti et al., 2020). Tais condições causaram danos à saúde mental de pessoas de diferentes nacionalidades (Abad et al., 2020; Antonelli-Ponti et al., 2020; 2021; González-Sanguino, et al., 2020; Moccia et al., 2020; Yamamoto et al., 2020 & Yu et al., 2020) e em diferentes grupos sociais, em especial profissionais da saúde (Kang et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946) e saúde mental como uma condição de bem-estar mental e psicológico (OMS, 2014), condição essa necessária para poder trabalhar, ser produtivo e contribuir com comunitariamente (OMS, 2019). O que os resultados dos estudos sobre a condição de saúde e de saúde mental da população brasileira (Abad et al., 2020; Antonelli-Ponti et al., 2020; Antonelli-Ponti et al., 2021; Teixeira et al., 2020; & Zhang et al., 2021) é o oposto a estas definições. Tem-se um mal-estar físico presente ou iminente, um mal-estar mental relacionado aos medos, seja da contaminação (de si ou de pessoas queridas), ou ao medo do futuro, um mal-estar social, representado e expresso pela insegurança financeira e política.

Vive-se em contraposição ao que é definido como saúde mental: como ser produtivo e contribuir com a comunidade quando não se está saudável e sofre pressões diversas de sobrevivência? A percepção de suas habilidades e manejo do estresse cotidiano acaba sendo engolido pelas novidades (ou pelos sustos) do dia a dia que afetam a rotina e as relações familiares, de trabalho e entre toda a comunidade: fica em casa! Pode sair, mas só pra trabalhar. Use máscara, mas use a máscara certa! Vacine-se! (Mas não há vacina). Sobra estresse e falta saúde mental.

Para compreender alguns dos aspectos sobre o sofrimento psicológico dos brasileiros, uma pesquisa transversal foi realizada no mês de maio de 2020. Os 862 participantes, público geral maior de 18 anos de idade, preencheram um questionário online, no qual responderam a escalas de depressão, ansiedade generalizada, estresse psicológico, dor não somática e satisfação com a vida.

Reações psicológicas à primeira onda de COVID-19

De modo geral, os resultados da pesquisa demonstraram altos níveis de ansiedade, estresse e depressão em mais de 40% dos participantes. Esses indicadores de saúde mental estão fortemente correlacionados entre si, ou seja, enquanto uma delas aumenta, as outras também aumentam. Quanto maiores estes níveis, também é maior a sensação de tristeza e menor a satisfação com a vida. Esta pesquisa revelou que mais brasileiros estavam em sofrimento psicológico em maio de 2020 do que os chineses em fevereiro de 2020 (Yu et al., 2020), do que os espanhóis em março (González-Sanguino et al., 2020), do que os italianos em abril (Moccia et al., 2020), e do que o Japão no mesmo período em que foi realizada a pesquisa no Brasil (Yamamoto et al., 2020). Esses resultados corroboram os resultados encontrados por Antonelli-Ponti et al. (2020) em relação à comparação do estresse peritraumático maior em brasileiros do que em portugueses na primeira onda de Covid-19.

Teixeira et al. (2020) encontrou que pessoas com doenças crônicas tiveram impactos psicológicos mais acentuados com o início da pandemia. Aqui não foram encontradas diferenças significativas considerando ansiedade, estresse, depressão e estresse, entre pessoas com e sem doenças crônicas, mas ter doenças crônicas pode prever que essas pessoas têm menor satisfação com a vida.

Mulheres apresentaram níveis ainda maiores de ansiedade, estresse e depressão (Zhang et al., 2021), da mesma forma como apresentaram maior estresse peritraumático e medo da Covid-19 (Abad et al., 2020). Mulheres, via de regra, têm trabalhos remunerados e não remunerados (refere-se aqui ao

trabalho doméstico e não pago pelas mulheres em seus lares). Nesse sentido, para além da desigualdade de gênero já posta, elas precisam cuidar de si e dos outros, de suas casas e famílias, o que pode sobrecarregá-las, não somente de trabalho, com mais pessoas por mais tempo ou o tempo todo em casa, mas também há uma sobrecarga mental relacionada à preocupação e cuidado com a vida, saúde e bem-estar de todos que a cercam. Em contrapartida, encontrou-se que pessoas com menos filhos têm maior probabilidade de apresentar sintomas de depressão e ansiedade, o que pode ser explicado pelas emoções positivas que podem emergir da convivência com crianças (Roma et al, 2020).

Ademais, encontrou-se que quanto mais jovem e quanto mais tempo navegando nas informações *online* sobre COVID-19, maior a probabilidade de sintomas de depressão e ansiedade. Trabalhar como funcionário aumentou a probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade do que aqueles que eram autônomos ou desempregados. Trabalhar em *home office* e fazer exercícios diariamente indicou níveis mais baixos de depressão. Menores níveis de tristeza e maior satisfação com a vida podem ser previstos pelo maior tempo de educação (Antonelli-Ponti et al., 2021 & Zhang et al., 2021).

É possível que pessoas mais jovens tenham sentido mais profundamente os efeitos do isolamento. Não que pessoas mais velhas não gostem de sair de casa e socializar, mas este aspecto é mais intenso em jovens adultos. Em relação à busca de informações sobre Covid-19, ainda mais considerando o início da pandemia, pode-se compreender que pessoas mais ansiosas e depressivas tendiam a consumir mais informações ou que quanto mais informações sobre o tema, mais essas pessoas apresentaram tais sintomas.

Diante da possibilidade de contaminação com contato social, pessoas com chance de ficar em casa, no caso autônomos e desempregados, podem ter menores níveis de estresse do que funcionários que, ao mesmo tempo teriam que sair de suas casas para trabalhar ou temiam perder seus empregos devido à instabilidade econômica prevista no momento.

Pessoas com maior escolaridade, com privilégio de trabalhar de suas casas e com tempo para se exercitar diante do caos gerado pela pandemia, certamente são pessoas privilegiadas socialmente, que representam a desigualdade do nosso país e que, no caso do tema do presente capítulo, representam as pessoas que têm oportunidade de autocuidado, o que, por sua vez, lhes dará um pouco mais de saúde mental do que pessoas com menos escolaridade, que precisam sair de casa para trabalhar e que não tem tempo, disposição ou oportunidade para se exercitarem.

A ansiedade, o estresse, a depressão e a tristeza dentro de um só pacote

Além dos resultados indicados no tópico anterior, análises posteriores revelaram que ansiedade, estresse psicológico, depressão e tristeza, do ponto de vista psicométrico, podem ser considerados “uma coisa só”, ou seja, eles podem ser explicados por um fator ou dimensão única, que pode ser denominado de “fator sofrimento”. Isso significa que, quando as respostas relacionadas a cada um dos construtos - ansiedade generalizada, estresse psicológico, depressão e tristeza (ou dor não somática) - são analisadas de forma conjunta, elas apresentam uma conexão entre si, capaz de expressar um fator geral que as une. A Figura 1 é uma tentativa rudimentar de esquematizar tal proposição.

Figura 1: Fator sofrimento



Seguindo a linha de pensamento do presente trabalho, o de que o sofrimento psicológico foi um fator que uniu os humanos na condição de espécie que sofre, considera-se que os tipos de sofrimento psicológico estão relacionados entre si. Nesse sentido, ressalta-se a importância do cuidado mútuo.

O sofrimento psicológico durante a pandemia nas UBS:

Cenários e experiências

o impacto das consequências da pandemia de Covid-19 na saúde mental da população, particularmente profissionais de saúde pública, também pôde ser percebido e confrontado através do trabalho em serviço de saúde mental na atenção básica no município de Osasco, no período entre Janeiro

de 2020 a Março de 2021. Neste cenário, foram realizados atendimentos variados a funcionários da saúde da UBS Maria do Socorro Bezerra Patrício e habitantes do território que compreende os bairros Padroeira, Bandeiras e Jardim Roberto, habitado por 64.835 pessoas (IBGE, 2012).

Sendo este um território conhecido nas redes de serviço municipais pela vulnerabilidade de sua população, todo possível esforço de promoção da saúde dentro e fora das Unidades Básicas, principalmente após o início da crise sanitária, era visto com importância estratégica pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Como profissional especializado deste núcleo, é da competência do psicólogo oferecer suporte à ESF principalmente através do apoio matricial, tomando sua partilha especializada da atenção à população, conforme a Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, portaria esta que cria os NASF-AB.

No entanto, a atuação do psicólogo foi adaptada ao contexto prático do trabalho neste território durante o período de crise sanitária, uma vez que a demanda de saúde mental alterou-se drasticamente em duas frentes: um agravamento notável do sofrimento psíquico da população atendida, e o surgimento de novas demandas de saúde mental por parte dos trabalhadores, na forma de agravos do estresse laboral e sofrimento devido à insalubridade do trabalho e carência de recursos para a execução deste.

O prejuízo ao atendimento da população

como citado anteriormente, o território de abrangência do atendimento em saúde mental na UBS em questão é habitado por aproximadamente 65 mil habitantes, tendo uma demanda de saúde mental equivalente à de uma pequena cidade e contando apenas com um psicólogo como profissional de saúde mental compondo a NASF-AB, além de uma escassez de serviços especializados para referência no período de relatado. Tais fatores sugerem uma fragilidade anterior da rede de atenção psicossocial e de saúde mental da população deste território, intensificada durante a pandemia pelo agravamento das demandas de saúde mental da população. Além de um aumento significativo da procura por acolhimentos em saúde mental e de casos de transtornos de ansiedade e depressão na população do território, houve significativo agravamento da condição de pacientes já acompanhados pela rede.

Diante deste cenário, buscou-se inicialmente intensificar as práticas de matriciamento junto às ESFs do Jardim Bandeiras, recorrendo por vezes a

reuniões com toda a equipe e individualmente com agentes responsáveis por áreas mais críticas do território, bem como articulações diárias e, por vezes, improvisadas com setores da rede especializada, como os CAPS, Casa do Adolescente, Hospitais com enfermarias especializadas, Central de Vagas, entre outros.

Uma demanda que antes era atendida por uma equipe insuficiente passou a ser demasiadamente grande. Mesmo exercendo todo o potencial de acolhimento dos profissionais das ESF e NASF envolvidos, e dada a inviabilidade de muitos dos projetos de promoção de saúde durante o isolamento social da pandemia, a população viu grande parte de suas demandas de saúde mental ficarem sem a devida atenção. Com o tempo, o enfoque das ESF e do psicólogo do NASF-AB lotado na UBS Maria do Socorro foi priorizar o devido acolhimento das demandas mais graves, sendo estas encaminhadas para os serviços da rede ou não.

O sofrimento do trabalhador da saúde pública

em um cenário de pandemia e crise sanitária, a chamada linha de frente dos serviços de saúde, composta por profissionais da enfermagem, agentes comunitários, médicos, recepcionistas, gestores de unidades básicas e demais profissionais que compõe os núcleos ampliados, vê seu trabalho não só ininterrupto como intensificado. Dada a emergente gama de mudanças no ritmo e condução dos serviços, era esperado notarmos nas equipes um aumento do stress laboral, isto é, da pressão e desgastes físicos e emocionais associados ao trabalho. O sofrimento psíquico ao qual os trabalhadores estiveram sujeitos neste período, no entanto, esteve além do esperado para os profissionais de saúde mental próximos a este contexto.

Para além da intensificação das exigências técnicas de cuidado na atenção aos pacientes, vimos os profissionais da UBS Maria do Socorro terem intensificados os receios em relação ao risco de morte e ao bem estar, comuns a quaisquer indivíduos inseridos em um contexto de pandemia. Houve ainda a sensação de notável desvalorização dos profissionais de saúde, com medidas como a suspensão e cancelamento de férias de profissionais por meses, e o prejuízo das condições de trabalho pela falta de insumos básicos. Situação semelhante ao que Zaidan e Galvão (2020) descrevem como superexploração do trabalho.

Tudo isto resultou em aumento considerável de conflitos de trabalho, afastamentos por questões de saúde mental e episódios de transtornos men-

tais graves dentre trabalhadores da unidade. Sendo assim, poucas semanas após o início das medidas de saúde pública para o combate da pandemia, o NASF-AB buscou iniciar um serviço interno e informal de acolhimento em saúde mental dos trabalhadores, realizando com alguns destes entrevistas individuais de orientação e, em alguns casos, de encaminhamento a serviços especializados, respeitando o sigilo no atendimento aos trabalhadores e garantindo minimamente uma escuta inicial de suas demandas.

Tal decisão, tomada pelo psicólogo do NASF-AB com anuência da gestão da unidade, seguiu a lógica de que tais trabalhadores, tendo seu trabalho e suas vidas precarizadas, poderiam minimamente gozar de um suporte interno em saúde mental, na ausência de serviço que os atendesse de maneira similar. Considerando ainda que o próprio profissional de psicologia estava inserido naquele contexto e partilhava do sofrimento dos outros profissionais, buscou-se também potencializar o coletivo de trabalhadores, orientados pelo NASF, como rede de apoio interna e de resistência ao sofrimento psíquico imposto pelas condições adversas da pandemia.

Profissionais da saúde em autoisolamento: eu me cuido e te protejo

não basta dizer que a pandemia pela Covid-19 trouxe mudanças no comportamento e funcionamento sociais da população em geral (Barros-Delben 2020; OPAS, 2020a & WHO, 2020). Mas, sem dúvida, os profissionais de saúde foram mais acometidos e de forma mais rápida desde seu início. Foram e sempre serão linha de frente nas batalhas pandêmicas (Roland, 2020; WHO 2020 & Galea, 2020). Viu-se nos noticiários a dificuldade de profissionais de saúde em proteger seus familiares e ao mesmo tempo realizar o trabalho na qual fizeram um juramento: estar ao lado, cuidar, curar, acolher. No início da pandemia, muitos profissionais contaminaram seus entes queridos, nas idas e vindas de seu trabalho. Em poucos dias várias pessoas foram contaminadas e pouco se sabia sobre o vírus. Mas apenas uma questão era unânime: um vírus com alta mortalidade e possibilidade de transmissão da qual nunca se viu antes.

A partir do dia 20 de março de 2020 o Ministério da Saúde, então, reconheceu a transmissão comunitária pelo coronavírus em todo território nacional, o que foi seguido por diversas consequências sanitárias e sociais, incluindo comunicados divergentes entre governos federal e estadual, gerando estresse e medo na população (Abad et al, 2020 & Antonelli-Ponti et al, 2020), e elevando a necessidade de cuidado dos profissionais da saúde para

com os pacientes. Neste contexto, será relatado a vivência de profissionais de saúde isolados por 100 dias em um hospital.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (L.B).

Partindo do ponto de vista de quem viveu uma experiência de isolamento em um hospital, relata-se aqui a forma como os profissionais de saúde nesta situação lidaram e quais foram as atitudes perante pacientes, colegas, consigo mesmo e seus familiares.

O Contexto

É na cidade de São Paulo, um dos locais mais acometidos pela pandemia do Covid-19, que se encontra um hospital particular de nível secundário especializado no atendimento de adultos e idosos portadores de doenças crônicas, população esta, que é extremamente vulnerável no que diz respeito à letalidade pelo novo coronavírus.

A instituição referida utiliza e desfruta da filosofia dos cuidados paliativos, abordagem multidisciplinar que objetiva promoção da qualidade de vida da pessoa doente e seus familiares. Esta abordagem contrapõe-se ao modelo médico-cêntrico, voltado apenas a tratamentos curativos; dispõe-se de uma equipe preparada para as necessidades proporcionais do doente e seus familiares com olhar nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Brasil, 2020a). A partir desta abordagem é possível auxiliar nas questões de cuidados do fim de vida, perdas e luto; não só oferecendo cuidado ao paciente, mas também ao companheiro de trabalho. Ela propõe, então, um olhar atento ao que cerca os seres humanos (Brasil, 2020b). E é a partir deste olhar que o hospital tomou a decisão de fechar as suas portas junto com seus funcionários.

Ofereceu-se aos funcionários possibilidade de permanência contínua dentro das instalações da instituição a partir do dia 25 de março de 2020. Aos funcionários que não tiveram interesse ou possibilidade em permanecer no auto-isolamento, mantiveram-se em casa, alguns em trabalho remoto. Houveram alterações nas escalas de trabalho, garantindo horas de trabalho e de descanso, devidamente registradas.

Salas que antes eram de uso administrativo foram transformadas em alojamento. Foram feitas instalações de camas, armários, lavanderia, refeitório. Diariamente, havia entrega de roupas de cama, de banho e de trabalho. Todos os espaços eram avaliados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) a fim de evitar locais passíveis de transmissão do vírus.

A partir das necessidades de quem ali passou a “morar”, uma nova rotina com diferentes atividades passou a ser estruturada. Atividades lúdicas, físicas e de relaxamento foram oferecidas por voluntários em seus horários de folga e foram estruturadas reuniões diárias com as equipes durante os plantões. Este espaço foi de extrema importância para que se mantivesse a construção coletiva de um trabalho com propósito. Houveram momentos de acolhimento, tomada de decisões, reflexões sobre a pandemia e as consequências socioculturais e para o sistema de saúde. Ainda, foram elaboradas dinâmicas, músicas e diversas estratégias lúdicas, pensando no cuidado integral a todos os envolvidos. Colocou-se o profissional da saúde como um dos pilares da construção do cuidar e do ser cuidado.

Uma pequena equipe ficou responsável pelo treinamento inicial sobre a pandemia. Dentre elas, uma enfermeira especialista em infectologia, uma médica diretora em trabalho remoto, uma médica clínica, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Assim, profissionais de diferentes áreas trouxeram diversos olhares sobre como e quando falar sobre o vírus. O treinamento pulou as paredes da sala de reuniões e passou a ser realizado nos andares da enfermaria de forma ativa. Todos ali perceberam a importância de seguir os protocolos para evitar que o vírus entrasse e se propagasse. De forma horizontalizada, todos da equipe poderiam alertar e instruir o colega que não estivesse seguindo os protocolos.

Aos pacientes e a seus familiares foi implementado, como estratégia para manutenção dos contatos afetivos e suporte psicossocial, um canal telefônico de comunicação. Este canal, promovido pela equipe, passou a realizar videochamadas entre pacientes e familiares. Além disso, visitas foram promovidas através da “Janela dos Encontros” (vidro da recepção - figura 2). Visitas presenciais de despedida/fim de vida foram autorizadas. Cada paciente foi avaliado em sua complexidade pela equipe multiprofissional para eventual adaptação ou auxílio durante as videochamadas ou visitas. À avaliação, considerou-se nível de consciência no momento, reserva cognitiva, nível de percepção sensorial e estado clínico geral. Em julho de 2020, após flexibilização, iniciaram-se visitas familiares presenciais agendadas. Houve

esforço para que, mesmo com o distanciamento necessário, os pacientes e seus familiares pudessem estar mais próximos. As famílias interessadas tiveram oportunidade de agendamento de visitas presenciais a cada 15 dias, seguindo as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição.

Figura 2: Vidro da recepção do hospital: “janela dos encontros”



O que o cuidado une barreira nenhuma separa

a Janela dos Encontros foi palco do afeto. Não só para os pacientes e seus entes queridos, mas para os profissionais e seus familiares. Para que não houvesse aglomeração, o encontro do paciente com seus familiares pelo vidro da recepção era previamente agendado; principalmente pela complexidade para retirar o enfermo do quarto com segurança. Houveram momentos em que familiares dos profissionais também se encontraram na instituição, gerando uma socialização com os colegas.

É clara a ruptura do cotidiano pela pandemia para todos, principalmente para os profissionais da saúde, podendo gerar, para estes profissionais, consequências para saúde mental e bem-estar a curto e longo prazo. Nota-se a importância de que estes profissionais sejam criativos e lúdicos para encontrar estratégias para lidar com o isolamento (Brasil, 2020c).

A literatura aponta consequências para saúde mental no contexto de pandemia, como depressão, ansiedade, aumento do uso de álcool e drogas, violência doméstica, entre outros. A promoção de espaços coletivos mostrou-se importante ferramenta para manutenção de vínculos e autocuidado. O uso de tecnologias digitais e a estratégia da Janela dos Encontros mostra-

ram-se importante recurso para minimizar o distanciamento entre as pessoas (Barros-Delben, 2020; Brooks 2020; Courtet, 2020; Crispim, 2020; Galea, 2020; OPAS, 2020b; Roland 2020 & WHO, 2020).

O autoisolamento é aparentemente uma medida radical, entretanto, ao se considerar o contexto dos cuidados paliativos, na qual a morte é parte natural da vida, os profissionais da saúde são responsáveis por garantir a dignidade no processo de fim de vida e sofrimentos que poderiam ser evitados.

O tempo (e a saúde) do professor à serviço da educação

devido à pandemia e ao decreto de isolamento social, as escolas tiveram que mudar a forma de ensino, as aulas passaram a ser *online*, os professores e toda a comunidade escolar precisou se adaptar, enfrentar os desafios impostos pela falta de acesso, de tecnologia e de conhecimento digital, pelas dificuldades econômicas e inclusive pelo sofrimento psicológico.

Em pouco tempo, os professores tiveram que se reinventar, adaptando-se à realidade do ensino remoto e aprendendo a trabalhar com novos aparatos e tecnologias (Pereira, Santos & Maneti, 2020). Essa adaptação foi concomitante a outras demandas e os professores se viram trabalhando com carga horária acima do comum, preparando aulas, lidando com as dificuldades da tecnologia e com as dificuldades dos alunos, buscando dar suporte a todos - por vezes até mesmo fora do horário habitual de trabalho (Ponti, Oliveira & Olivério-Naegeli, 2021).

O trabalho passou a ocupar grande parte de todo o cotidiano do professor, que por muitas vezes não possuía a estrutura, o suporte e o apoio necessários, sem receber remuneração extra, configurando-se em um regime de superexploração da força do trabalho (Zaidan & Galvão, 2020). A docência nos tempos de pandemia é uma docência exausta, que deseja acertar, mas avança no meio da incerteza e da adversidade, sem ideia do caminho, buscando fazer o melhor, mesmo que sem garantias (Saraiva, Traversini & Lockmann, 2020).

Diante disso tudo, existe a preocupação com a saúde mental dos professores, que apresentam como sintomas somáticos e psicológicos a fadiga, o estresse, a ansiedade, a depressão, e dentre outros efeitos negativos da atividade atual, introduziu-se a expressão “mal-estar docente” (Tostes et al., 2018).

Buscando a visão de 13 professores dos anos finais do Ensino Fundamental de municípios do interior do Ceará sobre o contexto vivenciado por eles, ministrando aulas focadas em aspectos do desenvolvimento socioemo-

cional dos estudantes, remotamente, durante 2020. O critério de inclusão foi a vinculação ao programa para desenvolvimento de trabalho com competências socioemocionais (CSEs) e reconhecimento de inteligências múltiplas. Seriam excluídos os professores que não aceitassem participar e aqueles que não atuassem no referido programa, mas essas situações não ocorreram.

Os professores participaram de entrevistas semi-estruturadas de modo *online*, as quais passaram por posterior análise de conteúdo pela abordagem dedutiva verificatória de análise de conteúdo (Bardin, 2011). A partir dessa análise, destaca-se a categoria “Prejuízos de distanciamento social”. Todos os professores relatam prejuízos emocionais consequentes do distanciamento social, incluindo experiência de sofrimento mental e preocupação com os estudantes, que podem estar passando pelas mesmas sensações. Se o adoecimento docente já era uma realidade, tanto mais agora (Zaidan & Galvão, 2020).

Logo abaixo é apresentado um relato de professor sobre sofrimento psicológico:

“Como eu tive (COVID-19) no começo do confinamento, eu comecei a desenvolver crises de ansiedade, o que eu recebo de ajuda, eu tento passar pra que eles não desenvolvam também, e a gente volte com um público doente pra dentro da escola, ou, um menor público possível, então é mais nesse sentido, o nosso contato tá assim”.

Zaidan e Galvão (2020) citam a superexploração quando o trabalho passa a fazer parte de todos os momentos do cotidiano dos professores, sem ganhar horas extras por isso e sem ao menos estrutura e instrumentos adequados para realização do trabalho. As atitudes de preocupação e atendimento aos alunos são louváveis, mas implicam em aumento da carga de trabalho, indefinição de horários, falta de rotina, falta de privacidade e de horário de descanso. Os professores disseram que muitos estudantes enviavam mensagens em horários diferentes do horário reservado para as aulas, situação que os sobrecarregou (Ponti, Oliveira & Olivério-Naegeli, 2021). Essa alteração radical na rotina e na vida dos professores, além das diversas exigências de adaptação ao novo contexto, certamente tem efeito em dimensões físicas, emocionais e cognitivas (Zaidan & Galvão, 2020). Mesmo diante de tais desafios os professores demonstraram resiliência emocional, mais um aspecto do desenvolvimento de CSE (Marin et al., 2017).

Também percebe-se que a família dos estudantes não têm a visão do professor como alguém que tem sua vida pessoal, como traz relato de uma professora:

“(...) ver que o professor também tem família, professor também tá (sic) em isolamento, lembrar da gente como ser humano.”

Podemos notar que há um “apagamento de toda e qualquer especificidade humana” (Zaidan & Galvão, 2020). É possível notar que não têm devida preocupação com a saúde mental dos professores e que, segundo os autores Pereira, Santos e Manenti (2020), o cuidado com a saúde mental dos professores precisa ser levado a sério, ser considerado como um elemento importante na elaboração de medidas para condições atuais de trabalho, como para estratégias de retorno às aulas presenciais. Com uma sociedade toda em sofrimento (Antonelli-Ponti et al., 2020), faltam cuidadores para quem precisa de cuidados. A saúde mental dos professores deve ser levada a sério (Pereira et al., 2020) e nos próximos passos de políticas públicas em saúde será necessário considerar a inserção de programas que foquem na saúde mental da comunidade escolar (Murta & Santos, 2015), por meio, por exemplo, de ações estratégicas e intersetoriais (Farias et al., 2019).

Há ainda uma responsabilização dos professores, o que tende a intensificar seu trabalho, gerando ansiedade e estresse, culminando na exaustão docente. Assim, torna-se ainda mais difícil gerenciar um equilíbrio entre atividades letivas e as necessidades do momento atual (Saraiva, Traversini & Lockmann, 2020).

Conclui-se a importância de evidenciar a necessidade de cuidados específicos para que professores tenham condições de exercer sua profissão e ainda oferecer suporte aos estudantes. Para além de questões técnicas e de adaptação envolvendo o novo contexto, é necessário considerar a saúde física e mental dos professores. Faz-se imprescindível o investimento em prevenção de saúde dos professores. Ações preventivas poderiam evitar ou auxiliar na resolução de problemas de saúde e/ou acidentes e, conseqüentemente, os afastamentos do trabalho (Moreira & Rodrigues, 2018).

CONCLUSÃO

Dentre tantas realidades distintas apresentadas aqui, todas permeadas pelas dificuldades impostas pela pandemia, percebe-se o sofrimento psico-

lógico em comum. É da natureza humana o convívio social e estar privado disso é algo extremamente doloroso. Ainda, pelas desigualdades e problemas socioeconômicos, somam-se inúmeras preocupações que só fazem pesar o supramencionado sofrimento psicológico.

Mudanças significativas no âmbito pessoal já costumam ser difíceis e desafiadoras. Com as questões sociais e sanitárias presentes, as mudanças foram mais drásticas e impulsionaram as modificações nas dinâmicas das rotinas da vida privada e profissional. São desafios diferentes, pertinentes ao cenário em que cada grupo está inserido, mas todos eles com demandas emocionais e cognitivas importantes. O tempo dedicado ao cuidado de si e do outro passou a ser mais intenso, ocupando diversos espaços e tempos que antes poderiam ser ocupados com tarefas diversas, como diversão e ócio. Por isso, faz-se necessário um olhar focado na saúde mental de todos, considerando suas particularidades.

Ainda, para além do sofrimento em comum, a partir desses estudos aqui reunidos percebe-se uma motivação capaz de fazer resistência a tantos males. É a motivação e a resiliência que os profissionais, tanto de saúde quanto de educação, em especial, demonstram como enfrentamento e capacidade de se reinventar, buscando estratégias novas.

REFERÊNCIAS

- Abad, A., da Silva, J.A., de Paiva Teixeira, L.E.P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C.H.C., Campos, L.A.M., Paiva, S., de Freitas, R.L., & da Silva, J.A. (2020). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19 pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10(03), 184.
- Antonelli-Ponti, M., Cardoso, F., Pinto, C., & da Silva, J. A. (2020). Efeitos da pandemia de COVID-19 no Brasil e em Portugal: estresse peritraumático. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 14(4), 239-259.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 288 p.
- Barros-Delben, P., Cruz, R. M., Trevisan, K. R. R., Gai, M. J. P., de Carvalho, R. V. C., Carlotto, P. A. C., Alves, Roberta Borghetti., Silvestre, Daniela., Renner, Cristiana Ornellas., Silva, Antonio Geraldo da & Malloy-Diniz, L. F. (2020). Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. *Debates em Psiquiatria*, 10(2), 18-28.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família–NASF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2020a) FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>

- Brasil, Ministério da Saúde. (2020b) FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Processo de Luto no contexto da COVID-19. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2020c) FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Cuidados Paliativos - orientações aos profissionais de saúde. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Courtet, P., Olié, E., Debien, C., & Vaiva, G. (2020). Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(3), 0-0. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13370>.
- Crispim, D., Silva, M. J. P. D., Cedotti, W., Câmara, M., & Gomes, S. A. (2020). Comunicação difícil e Covid-19-Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.
- Farias, R. L., Costa, S. D. S. V., Pereira, P. T. A., da Silva, A. M., Brito, J. R., & Barreto, M. J. B. (2019). EU POSSO TE OUVIR. *Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*. <https://doi.org/10.36977/ercct.v20i1.26>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*, 180(6), 817-818.
- Harari, Y. N. (2018). *21 lições para o século 21*. São Paulo: Editora Companhia das Letras.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- Marin, A. H., Silva, C. T. D., Andrade, E. I. D., Bernardes, J., & Fava, D. C. (2017). Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 92-103.
- Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., & Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>
- Moreira, D. Z., & Rodrigues, M. B. (2018). Saúde mental e trabalho docente. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 23(3), 236-247.
- Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015). Desenvolvimento de programas preventivos e da promoção de saúde mental. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack (org.). *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys., 2015. p.168-191.
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde (2020a) Ética & SARS-CoV-2 – Medidas Restritivas e Distanciamento Físico. 14 de maio de 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52143>.

- OPAS – Organização Panamericana de Saúde (2020b). Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19. 18 de março de 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2015). Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015. https://www.paho.org/bra/dmdocuments/GUIA_PCP_portugues_WEB.pdf
- Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. (1946). <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Organização Mundial da Saúde. Saúde mental [Internet]. 2 de Out de 2019. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Prevenção e gestão de COVID-19 em serviços de cuidados de longa duração: Resumo de políticas, 24 de julho de 2020.
- Pereira, H. P., Santos, F. V., & Manenti, M. A. (2020). Saúde mental de docentes em tempos de pandemia: os impactos das atividades remotas. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 3(9), 26-32.
- Ponti, M. A., de Oliveira, A. L., & Olivério-Naegeli, R. (2021). Promover competências socioemocionais em modalidade remota. *Olhares & Trilhas*, 23(2), 519-537.
- Kunz, R., & Minder, M. (2020). COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss medical weekly*, 150(1314).
- Roma, P., Monaro, M., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Domenico, A.D., Verrocchio, M.C., Napoli, C., Ferracuti, S. & Mazza, C. (2020). A 2-month follow-up study of psychological distress among Italian people during the COVID-19 lockdown. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8180.
- Saraiva, K., Traversini, C. S., & Lockmann, K. (2020). A educação em tempos de COVID-19: ensino remoto e exaustão docente. *Práxis educativa. Ponta Grossa, PR. Vol. 15 (2020)*, e2016289, p. 1-24.
- Teixeira, L., Freitas, R., Abad, A., da Silva, J., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C., Campos, L., Paiva, S. & Da Silva, J. (2020) Psychological Impacts Related to Stress and Fear during the COVID-19 Pandemic: Cardiovascular Diseases, Diabetes, and Psychological Disorders as Risk Factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191-205. <https://doi.org/10.4236/wins.2020.104019>
- Tostes, M. V., Albuquerque, G. S. C. D., Silva, M. J. D. S., & Petterle, R. R. (2018). Sofrimento mental de professores do ensino público. *Saúde em Debate*, 42, 87-99.
- Yamamoto, T., Uchiumi, C., Suzuki, N., Yoshimoto, J., & Murillo-Rodriguez, E. (2020). The psychological impact of 'mild lockdown' in Japan during the COVID-19 pandemic: a nationwide survey under a declared state of emergency. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9382. <https://doi.org/10.1101/2020.07.17.20156125>
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., ... & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support, and psychological distress in the general Chinese population in the early

stages of the COVID-2019 epidemic. Social Support and Psychological Distress in the General Chinese Population in the Early Stages of the COVID-2019 Epidemic (3/13/2020). <https://doi.org/10.2139/ssrn.3556633>

Zaidan, J. D. M., & Galvão, A. C. (2020). Covid-19 e os abutres do setor educacional: a superexploração da força de trabalho escancarada. *Pandemias e pandemônio no Brasil*, 261-278.

Zhang, S. X., Huang, H., Li, J., Antonelli-Ponti, M., Paiva, S. F. D., & da Silva, J. A. (2021). Predictors of Depression and Anxiety Symptoms in Brazil during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7026. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137026>

Emoções, Humor e Sofrimento Psicológico na pandemia de Covid-19 no Brasil

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Lucas Arrais de Campos,

Bianca Gonzalez Martins, João Marôco

Em março de 2020, a população mundial se deparou com o anúncio de pandemia realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O isolamento social é recomendado como estratégia sanitária para controle do espalhamento do Sars-Cov-2. Essa medida gera separação e restrição de movimento das pessoas impondo alterações drásticas na rotina e necessidade de readaptação rápida dentro de um cenário de grande vulnerabilidade física/biológica, social e psicológica. Apesar dos evidentes e indiscutíveis benefícios das medidas de isolamento, essas aliadas à insegurança relacionada ao desconhecimento e contágio pelo vírus e pelo cenário político, social e econômico, apresentam custos psicológicos aos indivíduos e, portanto, alguns cuidados de atenção e acolhimento relacionado à saúde mental se tornaram necessários (Barros et al., 2020; Brooks et al., 2020; Campos et al., 2020; Souza et al., 2021; Vindegaard & Benros, 2020).

Huremovic (2019) e Taylor (2019) destacaram que os aspectos psicológicos relacionados às pandemias já estão bem documentados e que os mesmos se alimentam das incertezas e da desinformação, de modo que as notícias propagadas nos veículos de divulgação de massa podem contribuir para instalação de sofrimento psicológico e pânico individual ou coletivo. Ainda, devemos considerar que os impactos de uma pandemia são desastrosos em populações cujas desigualdades sociais e econômicas são acentuadas e crônicas, principalmente devido à dificuldade que essas populações apresentam para atender às suas necessidades básicas de vida (GBD 2016 Brazil Collaborators, 2018). A falta de cooperação entre as ações governamentais, profissionais de saúde e de assistência e pesquisadores também contribui para o agravamento da insegurança e, conseqüentemente, para deterioração do bem-estar da população (Antonelli-Ponti et al., 2021; Campos et al., 2020; Vitorino et al., 2021).

Assim, na tentativa de minimizar os impactos da pandemia de COVID-19 na vida das pessoas, nota-se um esforço mundial, realizado em tempo real, para entender como essa pandemia está afetando a saúde mental das populações. A produção de livros e artigos científicos relacionados a essa temática têm crescido exponencialmente a cada dia, buscando fornecer

à comunidade evidências e reflexões para subsidiar ações de acolhimento, orientação e/ou intervenção que possam contribuir para restabelecimento do bem-estar individual e coletivo. Entre os aspectos mais estudados encontram-se os sintomas de depressão, ansiedade, estresse, sofrimento psicológico e alterações de humor (Brooks et al., 2020; Salari et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Xiong et al., 2020).

No Brasil, estudos têm sido realizados desde o início da pandemia e parece consensual a alta prevalência de sintomas e sofrimento psicológico na população em geral (Barros et al., 2020; Campos et al., 2020; Goularte et al., 2021; Serafim et al., 2021; Souza et al., 2021; Teixeira et al., 2021; Vitorino et al., 2021) (Quadro 1). Cabe destacar também o estudo realizado por Brunoni et al. (2021) que até onde sabemos é o único estudo de coorte de saúde mental realizado na população brasileira e que apresenta dados relevantes relacionados ao impacto da pandemia nos escores de sintomas afetivos (depressivos, ansiosos, estresse). Esclarecemos que esse estudo não foi adicionado ao Quadro 1 apenas por não ter apresentado as prevalências desses sintomas na população, porém, sua relevância é indiscutível.

Entre os fatores estressores predisponentes de sintomas e sofrimento na população em geral, a literatura tem destacado o isolamento social (Almeida et al., 2021; Brooks et al., 2020) e a presença de transtornos de saúde mental (Campos, Campos, et al., 2021; Rheenen et al., 2020). Com relação ao isolamento, esse apresenta custos diretos e indiretos. Entre os diretos podemos citar a perda da rotina habitual, a redução do contato físico e social e o medo de ser infectado pelo vírus. Entre os indiretos tem-se, por exemplo, a frustração e aborrecimento pela persistência da pandemia, situações de suprimentos inadequados (comida, água ou acomodações), problemas de empregabilidade e renda e informações confusas ou inadequadas vindas principalmente de governantes e órgãos públicos.

Assim, o objetivo desse texto é realizar uma discussão considerando dados obtidos em dois levantamentos sobre saúde mental e sofrimento psicológico durante a pandemia, realizados junto à população brasileira adulta (idade >18 anos) em momentos distintos (Etapa 1: maio/junho 2020 e Etapa 2: novembro/dezembro 2020). Pretendemos apontar os principais indicadores componentes de sintomas psicológicos e de alteração de humor bem como apontar as diferenças observadas entre dois momentos de coleta de dados. Pretendemos também apresentar a probabilidade de ocorrência de sofrimento psicológico moderado/severo considerando a realização ou não

de isolamento social e a presença/ausência de transtornos de saúde mental diagnosticados ao longo da vida nas duas etapas da pesquisa. Cabe esclarecer que a primeira coleta ocorreu durante a primeira fase de isolamento social imposto no Brasil e representa um momento de surpresa, impotência e preocupação com a saúde e com o sustento das famílias enquanto na segunda coleta, estávamos no final da primeira onda de contágio da pandemia e no início da segunda onda, mas com períodos de flexibilização social, esperança de desenvolvimento da vacina e em processo de negação frente aos riscos da COVID-19. Esperamos que essas informações possam acrescentar aspectos relevantes para elaboração de discussões acerca da estruturação desses sintomas durante a pandemia e que possam ajudar no planejamento imediato e pós-pandemia de ações voltadas ao bem-estar da população.

Quadro 1: Estudos realizados em população adulta brasileira durante a pandemia de covid-19 que apresentam as prevalências de sintomas e sofrimento psicológico.

Estudo	Amostra	Período de coleta dos dados em 2020	Instrumentos de medida[#]	Prevalência
Campos et al. (2020)	n=12.196	maio/junho	DASS-21; IES-R	Sintomas Depressivos=61,3%, Ansiedade=44,2%, Estresse=50,8%, Sofrimento psicológico=54,9% Sintomas severos/ extremamente severos Depressivos=25,0%, Ansiedade=16,5%, Estresse=18,4%, Sofrimento psicológico=28,0%
Estudo	Amostra	Período de coleta dos dados em 2020	Instrumentos de medida[#]	Prevalência
Barros et al. (2020)	n=45.161	abril/maio	Elaborado pelos autores	Sintomas Depressivos=40,4%, Ansiedade=52,6%

Continua

Souza et al. (2021)	n=3.200	abril/maio	DASS-21	Sintomas severos/ extremamente severos Depressivos=21,5%, Ansiedade=19,4%, Estresse=21,5%, Sofrimento psicológico=28,0%
Vitorino et al. (2021)	n=1.156	maio/junho	PHQ-9; GAD-7	Sintomas severos/ extremamente severos Depressivos=41,9%, Ansiedade=29,0%
Teixeira et al. (2021)	n=1.844	abril	CPDI	100% da amostra apresentou níveis de estresse e ansiedade pelo menos em grau moderado
Serafim et al. (2021)	n=3.000	maio/junho	DASS-21	Sintomas Depressivos=46,4%, Ansiedade=39,7%, Estresse=42,2% Sintomas severos/ extremamente severos Depressivos=15,0%, Ansiedade=16,0%, Estresse=14,8%
Goularte et al. (2021)	N=1.996	maio/julho	IES-R; PROMIS	Sintomas moderado/ severo Depressivos=67,7%, Ansiedade=84,7%, Sofrimento psicológico=34,2%

#DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; IES-R: Escala do Impacto do Evento – revisada; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Scale; CPDI: COVID-19 Peri-traumatic Distress Index; PROMIS: Patient-reported Outcomes Measurement Information System

Métodos

Os dados apresentados nesse trabalho fazem parte de um projeto de pesquisa mais ampliado (FAPESP processo 2020/08239-6) realizado por nossa equipe de pesquisa e que pretende realizar um levantamento semestral de dados até um ano após a vacinação em massa da população brasileira.

Desenho de estudo e amostra

Trata de estudo observacional transversal com delineamento amostral não-probabilístico por bola de neve. Os dados aqui apresentados foram coletados online, de maio a junho de 2020 (Etapa¹) e novembro/dezembro de 2020 (Etapa²), a partir de link confeccionado utilizando o Google Forms que foi enviado aos participantes por e-mail, WhatsApp ou redes sociais. Cabe esclarecer que parte dos dados referentes à Etapa 1 já foram apresentados com maior detalhamento e especificidade em publicações anteriores que sugerimos fortemente que sejam consultadas (Campos, Campos, et al., 2021; Campos, Martins, Campos, de Fatima Valadao-Dias, & Maroco, 2021; Campos et al., 2020).

O cálculo de tamanho mínimo de amostra foi realizado utilizando a estimativa da porcentagem de infecção por Sars-Cov-2 de 10% apresentada no inquérito sorológico 3, realizado de 9 a 11 de maio de 2020, por Hallal et al. (2020). A escolha do inquérito 3 se deu pelo fato do mesmo ter sido realizado em momento próximo à data de coleta de dados do presente estudo. Utilizou-se ainda $\alpha=5\%$, erro de amostragem=10% e $N=167.762.351$ (população brasileira adulta ≥ 15 anos de idade³, estimada para 2020, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, <https://www.ibge.gov.br/>). A amostra mínima estimada foi de 3.458 ($n_{\text{Região}}$: Norte=281, Nordeste=920, Sudeste=1.482, Sul=506, Centro-Oeste=269).

Para caracterização da amostra foram levantadas informações como sexo, idade, renda familiar mensal, estado da federação de residência do respondente, presença/ausência de diagnóstico médico de transtorno de saúde mental recebido ao longo da vida antes da pandemia. Foram também levantadas informações relacionadas à pandemia como achar o coronavírus perigoso, se está em isolamento social, se conhece alguém que testou positivo para COVID-19 e se no período da pandemia continuou ou não trabalhando.

1 final da coleta de dados 25/06/2020 – Brasil: 1.228.114 casos confirmados de COVID-19 e 54.971 óbitos; média móvel casos 35.710,29; média móvel de óbitos 1.031,86

2 Final da coleta de dados 25/12/2020 – Brasil: 7.448.560 casos confirmados de COVID-19 e 190.488 óbitos; média móvel casos 40.797,43; média móvel de óbitos 691,14

3 Cabe esclarecer que utilizamos como ponto de corte idade ≥ 15 anos pelo fato de as faixas etárias apresentadas pelo IBGE estarem previamente estabelecidas. Considerando que nossa amostra engloba apenas indivíduos ≥ 18 anos optamos pela estimativa populacional apresentada para ≥ 15 anos, considerando que a amostra final obtida estaria além da necessária e portanto, atenderia às necessidades do presente estudo.

As emoções, humor e o sofrimento psicológico durante a pandemia foram avaliados utilizando a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), a Escala de Humor de Brunel (BRUMS) e a Escala do Impacto do Evento – revisada (IES-R), respectivamente. Os instrumentos encontram-se descritos a seguir.

Procedimentos e aspectos éticos

Os contatos iniciais foram realizados por meio de e-mail, a partir dos dados de docentes de diferentes instituições de ensino superior disponíveis nos sites de universidades no Brasil. Para ampliar a amostra, no momento do convite para participação foi solicitado ao convidado que repassasse o link da pesquisa para seus contatos de modo a ampliar a abrangência do estudo (amostra em bola de neve). Os pesquisadores realizaram orientações para divulgação do link via e-mail, WhatsApp ou por redes sociais. O link da pesquisa permaneceu aberto para preenchimento por aproximadamente 40 dias.

A realização desse estudo no Brasil foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP) (CAAE 30604220.4.0000.0008).

Instrumentos de medida

A versão em português da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) foi utilizada para identificar sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse (Lovibond & Lovibond, 1995; Martins, Silva, Maroco, & Campos, 2019) durante a pandemia na amostra. A escala é composta por 21 itens distribuídos em três fatores com escala de resposta aos itens do tipo Likert de 4 pontos (0-nunca, 1- às vezes, 2-muitas vezes, 3- quase sempre).

A Escala de Humor de Brunel (BRUMS) (Rohls et al., 2008) foi utilizada para rastreamento das alterações de humor frente à pandemia. A BRUMS é composta por 24 indicadores simples de humor e o respondente precisa apontar numa escala do tipo Likert de 5 pontos qual a frequência de determinado estado de humor frente a situação/contexto (0-nada, 1-um pouco, 2-moderadamente, 3-bastante e 4-extremamente). A escala apresenta 6 fatores (raiva, confusão, depressão, fadiga, tensão e vigor) com quatro itens cada.

A versão em português da Escala do Impacto do Evento – revisada (IES-R) (Caiuby, Lacerda, Quintana, Torii, & Andreoli, 2012) foi utilizada para identificar o grau de sofrimento psicológico relacionado à pandemia. Para es-

timar a prevalência de sofrimento psicológico de acordo com o grau de acometimento considerou-se o escore geral da IES-R (calculado pela soma de respostas a todos os itens da escala) e a recomendação de Wang et al. (2020) (Normal – 0 a 23; Leve – 24 a 32; Moderado – 33 a 36; Severo - ≥ 37).

Considerando que, frente à utilização de instrumentos psicométricos é imperativa a avaliação da validade e confiabilidade dos dados obtidos, os indicadores de adequado ajustamento dos instrumentos à amostra foram calculados a fim de atestar a validade e a confiabilidade das evidências apresentadas no presente estudo.

Indicadores de validade e confiabilidade dos dados

Para verificar o ajustamento do modelo fatorial dos instrumentos às amostras (Etapa 1 e 2) foi utilizada estratégia confirmatória (AFC) com o método de estimação robusto de mínimos quadrados ponderados ajustados para média e variância (WLSMV). A qualidade do ajustamento foi avaliada utilizando os índices *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90%. O ajustamento foi considerado adequado se CFI e TLI $\geq 0,90$, e RMSEA $\leq 0,10$ (Brown, 2015; Marôco, 2014). A confiabilidade foi analisada a partir do Coeficiente alfa ordinal (α), sem que $\alpha \geq 0,70$ foi indicativo de adequada confiabilidade (Tabela 1). Utilizou-se o programa MPLUS 8.3 (Muthén e Muthén, Los Angeles, CA) e o pacote “lavaan” implementado em linguagem R (versão 0.5-1) (Lavaan, 2012).

Tabela 1: Indicadores de ajustamento dos instrumentos de medida à amostra (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – DASS-21; Escala de Humor de Brunel - BRUMS e Escala do Impacto do Evento revisada - IES-R).

Análise Fatorial Confirmatória				
Instrumento	CFI	TLI	RMSEA (IC90%)	α ordinal
Etapa 1				
BRUMS	0,968	0,962	0,091 (0,090-0,092)	0,70-0,94
DASS-21	0,978	0,975	0,065 (0,064-0,066)	0,89-0,95
IES-R	0,965	0,960	0,072 (0,071-0,073)	0,88-0,93

Etapa 2				
BRUMS	0,967	0,961	0,092 (0,090-0,093)	0,69-0,94
DASS-21	0,980	0,978	0,061 (0,060-0,063)	0,89-0,95
IES-R	0,973	0,970	0,065 (0,063-0,066)	0,89-0,94
CFI – Modelos				
Etapa 1 x Etapa 2	Configural (M0)	Métrico (M1)	Escalar (M2)	DCFI
BRUMS	0,967	0,970	0,974	0,003-0,004
DASS-21	0,978	0,978	0,980	0,000-0,002
IES-R	0,924	0,924	0,935	0,000-0,011

Nota. CFI: Comparative Fit Index, TLI: Tucker-Lewis Index e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation com intervalo de confiança de 90% (JIC90%). CFI: M1-M0; M2-M1.

Considerando que entre os objetivos do estudo encontra-se a comparação das prevalências obtidas nas Etapas 1 e 2, procedeu-se avaliação da invariância dos modelos dos instrumentos para garantir que o nível de traço latente dos respondentes seja equivalente. Para tanto, utilizou-se análise multigrupos e a diferença de CFI (Δ CFI). A invariância foi testada considerando o modelo configural (M0), métrico (M1) e a escalar (M2). Uma redução de $CFI < 0,01$ (M1-M0; M2-M1) foi considerada indicativo de invariância entre os modelos (Cheung & Rensvold, 2002).

Esses resultados apontam para adequada validade e confiabilidade dos dados e sustentam a realização de comparação dos mesmos entre as Etapas 1 e 2.

Análise Estatística

As prevalências de alteração de humor moderada/exacerbada (escore ≥ 2) diante do cenário da pandemia de COVID-19 para cada um dos itens componentes dos indicadores da Escala de Humor de Brunel – BRUMS foi calculada por intervalo de 95% de confiança (IC95%) para a Etapa 1 e 2. A prevalência de indivíduos que apontaram como resposta aos itens da DASS-21 “muitas vezes ou quase sempre” (escore ≥ 2) e a de sofrimento psicológico em grau moderado ou severo (IES-R ≥ 33) nas duas etapas do estudo também foram estimadas utilizando IC95%.

Elaborou-se modelo de regressão logística múltipla para estimar a probabilidade de ocorrência (%) do sofrimento psicológico moderado/severo (variável dependente) segundo a ausência^{cr}/presença de isolamento (classe de referência - cr), diagnóstico de transtornos de saúde mental ao longo da vida (presença/ausênciacr) e faixa etária (<24, 24 | 33, 33 | 43, 43 | 55, ≥55anos^{cr}). A Razão de chances (OR) foi calculada por intervalo de confiança de 95% e a probabilidade de ocorrência (%) de sofrimento psicológico segundo as características acima mencionadas foi estimada a partir do modelo logístico obtido.

Resultados e discussão

Da Etapa 1, participaram 13.248 pessoas e da Etapa 2 participaram 6.516, distribuídas em todos os estados brasileiros (Tabela 2). Houve maior participação das mulheres, com faixa etária abaixo de 43 anos (Etapa 1: média=35,45, desvio-padrão=13,01, mediana=33,0, terceiro quartil(Q3)=44,0; Etapa 2: média=37,70, desvio-padrão=13,47, mediana=36,0, Q3=46,0) e com renda mensal acima de R\$2.004,00. O número de pessoas que relataram estar em isolamento na Etapa 1 da pesquisa (90,9%, Intervalo de confiança de 95%(IC95%)= 90,4-91,4%) foi maior do que na Etapa 2 (74,9%, IC95%=73,8-76,0%). Notamos aumento (da Etapa 1 para a 2) do número de respondentes que apontaram conhecer alguém que testou positivo para COVID-19 (Etapa 1: 69,7%, IC95%=68,9-70,5%; Etapa 2: 94,9%, IC95%=94,4-95,4%).

O maior isolamento social e interrupção das atividades laborais observados na primeira etapa de coleta dados certamente encontra-se relacionado à surpresa e falta de informações acerca do vírus e da pandemia ocorridas no primeiro momento de instalação da mesma. A falta de protocolos sanitários e de orientações claras em relação aos métodos comportamentais para controle do espalhamento do vírus e a ausência de tratamento fizeram com que a adesão ao isolamento social fosse alta. Entretanto, com o prolongamento da pandemia, falta de adesão integral da população aos métodos comportamentais de prevenção, discordância entre os discursos e ações políticas, econômicas, sociais e científicas e diante das desigualdades vivenciais da população com o tempo a adesão ao isolamento social diminuiu com o tempo. Esse cenário torna-se preocupante uma vez que o número total de casos e de óbitos na Etapa 2 de coleta de dados é muito elevado e até aquele momento não havia vacina disponível no país.

Na Etapa 1 notamos maior prevalência de interrupção das atividades de trabalho e observamos, na Etapa 2, adaptação do sistema de trabalho ao contexto da pandemia. Apesar dos ganhos que essa adaptação do trabalho para o contexto remoto e híbrido proporcionaram no sentido de manutenção da cadeia produtiva de conhecimento, formação e econômica, as empresas/instituições e as pessoas precisaram se reinventar de forma rápida o que mobilizou grande quantidade de recursos cognitivos, afetivos e comportamentais. Devemos ressaltar que essa adaptação não se deu apenas nas atividades técnicas do trabalho em si, mas também modificou todo sistema de relações humanas (sociais e interpessoais no trabalho e na família). Esse processo pode gerar sobrecarga cognitiva e afetiva (ver Teoria da Sobrecarga Cognitiva proposta por John Sweller em 1998) (Sweller, Merrienboer, & Paas, 1998), que se não manejada adequadamente, poderá levar ao desenvolvimento de sintomas ou transtornos de saúde mental como exaustão, esgotamento físico e emocional, confusão mental, ansiedade, depressão, pânico entre outros. Assim, o cuidado com a saúde mental torna-se fundamental principalmente nesse período.

Chama atenção também que aproximadamente um terço dos respondentes das duas etapas relataram a existência de algum diagnóstico médico de transtorno de saúde mental antes da pandemia. Essa prevalência corrobora com estimativas apresentadas na literatura. Steel et al. (2014) apresentam uma revisão sistemática seguida de metanálise que incluiu levantamentos publicados desde 1980 até 2013, em 63 países, que buscaram estimar a prevalência das desordens mentais mais comuns na população adulta em geral. Os autores apontam que 29,2%(IC95%=25,9-32,6%) da população adulta apresentou alguma experiência relacionada à transtornos de saúde mental ao longo de suas vidas. Essa informação torna-se especialmente relevante para os profissionais da saúde mental e de assistência à saúde, pois, como já relatado em estudo anterior (Campos, Campos, et al., 2021) o sofrimento psicológico frente à pandemia é maior entre indivíduos que já tiveram algum diagnóstico médico referente a transtorno de saúde mental ao longo de sua vida. Esses indivíduos, diante do cenário de pandemia, podem apresentar maior instabilidade emocional, uma vez que pode haver maior dificuldade para adaptação rápida às mudanças em suas rotinas, interrupção do cuidado relacionado à saúde mental e também maior dificuldade para manutenção do suporte social diante do isolamento (Muruganandam, Neelemagam, Menon, Alexander, & Chaturvedi, 2020; Rheenen et al., 2020).

Tabela 2: Caracterização da amostra de participantes da primeira (Etapa 1 – maio/junho de 2020) e segunda (Etapa 2 – novembro/dezembro de 2020) etapas do estudo

Característica*		n (%)	
		Etapa 1#	Etapa 2##
N		13.248	6.516
Sexo	Masculino	3.894 (29,5)	2.108 (32,5)
	Feminino	9.285 (70,5)	4.375 (67,5)
Faixa etária (anos)	< 24	2.846 (21,8)	1.130 (17,3)
	24 33	3.524 (27,0)	1.588 (24,4)
	33 43	3.129 (23,9)	1.587 (24,4)
	43 55	2.159 (16,5)	1.279 (19,6)
	≥ 55	1.413 (10,8)	932 (14,3)
Região do Brasil	Sul	1.611 (12,2)	735 (11,3)
	Sudeste	5.008 (37,9)	3.337 (51,2)
	Centro-Oeste	1.125 (8,5)	445 (6,8)
	Nordeste	4.210 (31,9)	1.497 (23,0)
	Norte	1.262 (9,5)	502 (7,7)
Você acha o coronavírus perigoso?	Não	272 (2,1)	187 (2,9)
	Sim	12.976 (97,9)	6.329 (97,1)
Você está em isolamento social?	Não	1.208 (9,1)	1.633 (25,1)
	Sim	12.040 (90,9)	4.883 (74,9)
Renda Mensal familiar (R\$)	≤1.254,00	1,145 (8,7)	268 (4,2)
	1.254,00 2.004,00	1.540 (11,7)	538 (8,3)
	2.004,00 8.640,00	5.078 (38,6)	2.468 (38,5)
	8.640,00 11.261,00	2.119 (16,1)	1.223 (19,0)
	> 11.261,00	3.284 (24,9)	1.952 (30,0)
Você conhece alguém que testou positivo para a COVID-19?	Não	4.017 (30,3)	332 (5,1)
	Sim	9231 (69,7)	6.184 (94,9)

Continua

Característica*		n (%)	
		Etapa 1 [#]	Etapa 2 ^{##}
Nesse período de pandemia, você continuou trabalhando?	Não	4.314 (32,6)	400 (6,4)
	Sim, continuo trabalhando com a mesma rotina de forma presencial	659 (4,9)	414 (6,6)
	Sim, mas minha rotina de trabalho foi adaptada apesar de continuar a ser presencial	1.413 (10,7)	502 (8,0)
	Sim, mas agora estou trabalhando remotamente de casa	6.862 (51,8)	3.923 (62,7)
	Sim, mas estou trabalhando de maneira híbrida (parte presencial, parte de forma remota)	-	1.022 (16,3)
ANTES da pandemia você já havia recebido algum DIAGNÓSTICO MÉDICO de transtorno de saúde mental?	Não	9.108 (68,7)	4.480 (70,4)
	Sim	4.140 (31,3)	1.880 (29,6)

**Algumas características não foram informadas por alguns participantes (missing), a frequência relativa percentual foi calculada considerando os dados válidos; #maio a junho de 2020; ##novembro a dezembro de 2020*

Na Tabela 3 a seguir apresenta-se a prevalência da alteração de humor de moderada a exacerbada (escore \geq 2) diante do cenário da pandemia de COVID-19 na amostra considerando cada um dos itens componentes dos indicadores da Escala de Humor de Brunel – BRUMS.

Tabela 3: Prevalência (%][IC95%]) da alteração de humor de moderada a exacerbada (escore≥2) diante do cenário da pandemia de COVID-19 na amostra considerando os indicadores da Escala de Humor de Brunel – BRUMS e comparação entre as etapas do estudo

		Etapa 1			Etapa 2		
Fator	Indicador	n	%][IC95%]	n	%][IC95%]
Raiva	Irritado(a)	5.959	45,0	44,2-45,8	3.011	46,5	45,3-47,7
	Zangado(a)	4.701	35,5	34,7-36,3	2.258	34,9	33,7-36,0
	Com raiva	4.376	33,0	32,2-33,8	2.036	31,4	30,3-32,6
	Mal-humorado(a)	5.053	38,1	37,3-38,9	2.472	38,1	37,0-39,3
Confusão	Confuso(a)*	5.688	42,9	42,1-43,7	2.585	39,9	38,7-41,1
	Inseguro(a)*	7.886	59,5	58,7-60,3	3.657	56,4	55,2-57,6
	Desorientado(a)	4.147	31,3	30,5-32,1	1.926	29,7	28,6-30,8
	Indeciso(a)	5.483	41,4	40,6-42,2	2.597	40,1	38,9-41,3
Depressão	Deprimido(a)	4.928	37,2	36,4-38,0	2.414	37,3	36,1-38,5
	Desanimado(a)	6.838	51,6	50,7-52,5	3.325	51,3	50,1-52,5
	Triste*	6.568	49,6	48,7-50,5	2.983	46,1	44,9-47,3
	Infeliz	3.896	29,4	28,6-30,2	1.829	28,2	27,1-29,3
Fadiga	Esgotado(a)**	7.571	57,1	56,3-57,9	4.273	65,9	64,8-67,1
	Exausto(a)**	7.042	53,2	52,4-54,0	4.109	63,4	62,2-64,6
	Sonolento(a)**	4.649	35,1	34,3-35,9	2.540	39,3	38,1-40,5
	Cansado(a)**	7.329	55,3	54,5-56,1	4.169	64,3	63,2-65,5
Tensão	Apavorado(a)*	4.469	33,7	32,9-34,5	1.879	29,0	27,9-30,1
	Ansioso(a)	7.783	58,7	57,9-59,5	3.751	57,9	56,7-59,1
	Preocupado(a)**	9.924	74,9	74,2-75,6	4.497	69,5	68,3-70,6
	Tenso(a)	6.731	50,8	49,9-51,7	3.228	49,8	48,6-51,0

Continua

Vigor	Animado(a)*	3.506	26,5	25,7-27,3	1.876	28,9	27,8-30,0
	Com disposição	5.878	44,4	43,6-45,2	2.971	45,8	44,6-47,1
	Com energia	5.829	44,0	43,2-44,8	2.899	44,7	43,5-45,9
	Alerta	7.355	55,5	54,7-56,3	3.568	55,1	53,9-56,3

Alterações de humor foram altamente prevalentes entre os participantes das duas etapas do estudo desde o início da pandemia com destaque para os estados de ânimo inseguro, desanimado, em alerta e para 3 dos 4 componentes dos indicadores Fadiga (esgotado, exausto e cansado) e Tensão (ansioso, preocupado e tenso). Essas alterações são esperadas em momentos de crise, uma vez que a incerteza, a falta de controle e a imprevisibilidade se fazem presentes. Contudo, o prolongamento dessa crise, o somatório de perdas e a falta de delimitação para o término da pandemia e retorno às atividades anteriormente consideradas rotineiras atuam como estressores adicionais, aumentando o risco de instabilidades de humor e/ou instalação de sintomas mais acentuados que podem comprometer a saúde mental e o bem-estar das pessoas. Ainda, deve-se destacar a influência que o estado de humor pode exercer no processo de tomada de decisão das pessoas (Coppin, 2008; Rondeel, Kempen, Wijngaards, & Nieuwenhuls, 2008) incluindo aquelas diretamente relacionadas ao cuidado à saúde e adoção de métodos comportamentais de enfrentamento da pandemia (por exemplo isolamento social, higiene das mãos, uso de máscaras entre outros). Dessa forma o monitoramento das alterações de humor da população pode ser relevante para manejo das ações de saúde.

Quando comparadas as Etapas 1 e 2, observamos um aumento da Fadiga e diminuição da confusão, da insegurança, da tristeza e da preocupação. Esse quadro pode ser característico de fadiga pandêmica, que trata do somatório entre a fadiga comportamental e adesão a restrições ambiciosas (Murphy, 2021; Reicher & Drury, 2021), com a presença de um sentimento de sobrecarga, gerada pela hipervigilância e pelo cansaço advindo das restrições e alterações da rotina impostas desde o início da pandemia. A fadiga pode acionar um mecanismo de acomodação ou resignação psicológica, onde ocorre uma percepção diminuída ou subestimada das vulnerabilidades o que faz com que as pessoas percebam o risco da pandemia como menor do que o percebido anteriormente, diminuindo, portanto, sua preocupação.

Diante desse cenário, recomendamos que estratégias de orientação e cuidado voltadas ao estilo de vida e à escuta qualificada (psicoterapia) sejam incluídas entre as ações de saúde e de assistência visando minimizar os efeitos das alterações de humor na vida das pessoas e o impacto dessas alterações nas medidas sanitárias de proteção contra a COVID-19.

Na Tabela 4 apresenta-se a prevalência de indivíduos que apontaram como resposta aos itens da DASS-21 “muitas vezes ou quase sempre” (escore \geq 2) nas duas etapas de estudo o que aponta para a frequência habitual experimentada de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. A prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estressantes (em grau leve, moderado ou severo) na população de estudo foi alta (Campos et al., 2020). Como podemos observar no Quadro 1 esses resultados corroboram com os demais estudos realizados desde o início da pandemia no Brasil (Barros et al., 2020; Goularte et al., 2021; Serafim et al., 2021; Souza et al., 2021; Teixeira et al., 2021; Vitorino et al., 2021). Cabe esclarecer que as diferenças observadas entre as prevalências encontradas nos diferentes estudos devem-se, certamente, aos diferentes instrumentos de medida e pontos de corte utilizados. Contudo, independentemente disso sobressai a alta prevalência de sintomas e de sofrimento psicológico durante a pandemia.

Tabela 4: Intervalo de confiança (IC95%) da prevalência de indivíduos que apontaram como resposta aos itens da DASS-21 “muitas vezes ou quase sempre” (escore \geq 2) nas duas etapas de estudo (Etapa 1: maio/junho de 2020 e Etapa 2: novembro/dezembro de 2020)

		Etapa 1			Etapa 2		
Fator	item#	n	%]IC95%[n	%]IC95%[

Continua

Depressão	nenhum sentimento positivo	2.758	20,8	20,1-21,5	1.263	19,4	18,4-20,4
	dificuldade em tomar iniciativa*	5.206	39,3	38,5-40,1	2.329	35,7	34,5-36,9
	nada a esperar do futuro	3.141	23,7	23,0-24,4	1.431	22,0	21,0-23,0
	desanimado e deprimido	4.844	36,6	35,8-37,4	2.315	35,6	34,4-36,8
	Não consegui me entusiasmar*	3.177	24,0	23,3-24,7	1.423	21,8	20,8-22,8
	não tinha muito valor como pessoa	3.076	23,2	22,5-23,9	1.438	22,1	21,1-23,1
	vida sem sentido	2.976	22,5	21,8-23,2	1.354	20,8	19,8-21,8
Ansiedade	boca seca	1.838	13,9	13,3-14,5	922	14,1	13,3-14,9
	dificuldade para respirar*	1.172	8,8	8,3-9,3	481	7,4	6,8-8,0
	tremores	859	6,5	6,1-6,9	417	6,4	5,8-7,0
	situações em que pudesse entrar em pânico	1.804	13,6	13,0-14,2	842	12,9	12,1-13,7
	Senti que ia entrar em pânico	1.337	10,1	9,6-10,6	589	9,1	8,4-9,8
	consciente do funcionamento/batimento do meu coração*	2.081	15,7	15,1-16,3	890	13,7	12,9-14,5
	assustado*	1.780	13,4	12,8-14,0	734	11,3	10,5-12,1
Estresse	dificuldade para acalmar*	2.699	20,4	19,7-21,1	1.465	22,5	21,5-23,5
	reagir de forma exagerada	3.490	26,4	25,6-27,2	1.731	26,6	25,5-27,7
	muito nervoso	3.379	25,5	24,8-26,2	1.768	27,1	26,0-28,2
	agitado	3.802	28,7	27,9-29,5	1.894	29,2	28,1-30,3
	dificuldade em relaxar	5.314	40,1	39,3-40,9	2.620	40,3	39,1-41,5
	intolerante	2.923	22,1	21,4-22,8	1.434	22,0	21,0-23,0
	sensível*	6.262	47,3	46,4-48,2	2.847	43,7	42,5-44,9

#apenas palavras-chave do conteúdo dos itens (para acesso ao conteúdo integral dos itens consultar Martins et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2019, v. 68, n. 1, p. 32-41

Entre os sintomas afetivos mais prevalentes estão a dificuldade em tomar iniciativa, estar desanimado e deprimido, dificuldade em relaxar e estar sensível. Comparando a Etapa 1 com a Etapa 2, notamos diminuição de

sintomas ansiosos (dificuldade para respirar, perceber o coração bater e estar assustado) e depressivos (dificuldade em tomar iniciativa, desanimado/deprimido) e aumento de sintomas de estresse (dificuldade para se acalmar). Em estudo longitudinal, Brunoni et al. (2021) observaram aumento significativo no escore de sintomas afetivos no momento inicial da pandemia (maio a julho de 2020) e uma queda após três meses (julho a setembro de 2020), voltando aos níveis obtidos nos levantamentos realizados em momentos anteriores ao contexto pandêmico (anos: 2008/2010, 2012/2014, 2016/2018). Apesar de não termos para comparação um levantamento anterior à pandemia, nossos dados também têm apontado para uma ligeira diminuição do acometimento dos indivíduos por sintomas afetivos. A surpresa e o impacto do momento inicial parecem ter apresentado uma pequena diminuição, mas sinais de estresse não apenas permanecem como alguns aumentaram, corroborando a possibilidade de fadiga na amostra, como anteriormente relatado.

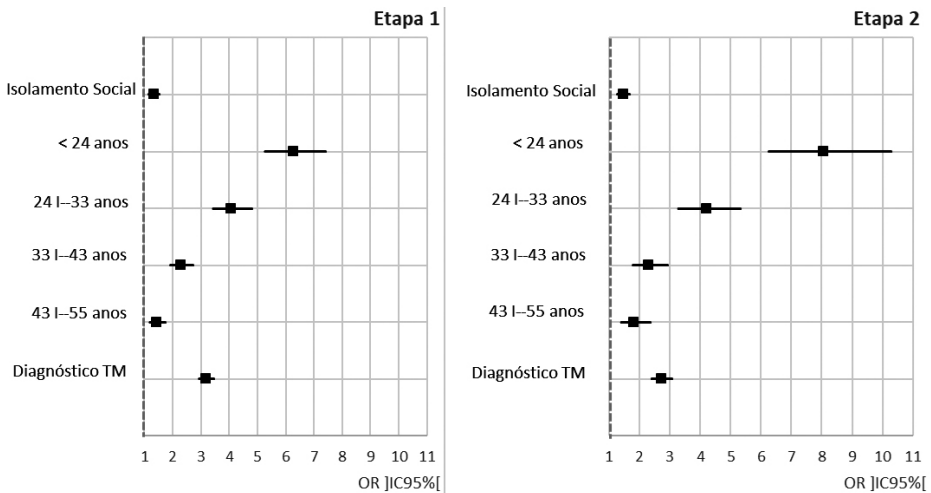
Ainda, quando os recursos de enfrentamento não são suficientes, os indivíduos tornam-se indefesos diante de medos e ansiedades incapacitantes que estão direta ou indiretamente relacionados aos eventos estressores da pandemia e, como consequência o indivíduo pode ser tomado por hiperexcitabilidade, pensamentos intrusivos e comportamentos evitativos configurando o sofrimento psicológico (Pyszczynski & Kesebir, 2011) que pode variar desde um grau leve até severo.

A prevalência de sofrimento psicológico em grau moderado ou severo entre os participantes foi de 35,2% (IC95%=34,4-36,0%) e 30,7% (IC95%=29,6-31,8%) na primeira e segunda etapas, respectivamente. Observamos que indivíduos em isolamento social, com transtornos de saúde mental previamente diagnosticados e os mais jovens tiveram maiores chances de apresentar sofrimento psicológico moderado/severo frente à pandemia (Figura 1). Destacamos a importante influência da faixa etária para o aumento da chance de ocorrência de sofrimento psicológico. A probabilidade de ocorrência (%) do sofrimento segundo a ausência/presença de isolamento, diagnóstico de transtornos de saúde mental ao longo da vida e faixa etária encontra-se na Tabela 5. Destacamos a alta probabilidade dos mais jovens, com diagnóstico médico anterior e em isolamento social em apresentar sofrimento psicológico moderado/severo.

A prevalência de sofrimento psicológico em grau moderado ou severo entre os participantes foi de 35,2% (IC95%=34,4-36,0%) e 30,7% (IC95%=29,6-31,8%) na primeira e segunda etapas, respectivamente. Observamos que in-

divíduos em isolamento social, com transtornos de saúde mental previamente diagnosticados e os mais jovens tiveram maiores chances de apresentar sofrimento psicológico moderado/severo frente à pandemia (Figura 1). Destacamos a importante influência da faixa etária para o aumento da chance de ocorrência de sofrimento psicológico. A probabilidade de ocorrência (%) do sofrimento segundo a ausência/presença de isolamento, diagnóstico de transtornos de saúde mental ao longo da vida e faixa etária encontra-se na Tabela 5. Destacamos a alta probabilidade dos mais jovens, com diagnóstico médico anterior e em isolamento social em apresentar sofrimento psicológico moderado/severo.

Figura 1: Razão de Chances (OR/Intervalo de confiança de 95%) de sofrimento psicológico moderado ou severo segundo a realização ou não de isolamento social, faixa etária e presença/ausência de diagnóstico médico de transtorno de saúde mental antes da pandemia calculada a partir do modelo logístico múltiplo (ver nota Figura 1)



Nota. Modelo logístico múltiplo (y =sofrimento psicológico moderado/severo; $IES-R \geq 33$; x_1 : isolamento social (presença/ausência); x_2 a x_5 : faixa etária (≥ 55 anos); x_6 : diagnóstico médico de transtorno de saúde mental antes da pandemia (presença/ausência) – cr: classe de referência).

Etapa 1: $-2,371 + 0,282x_1 + 1,834x_2 + 1,405x_3 + 0,833x_4 + 0,367x_5 + 1,160x_6$

Etapa 2: $-2,552 + 0,378x_1 + 2,087x_2 + 1,435x_3 + 0,827x_4 + 0,602x_5 + 1,003x_6$

Tabela 5. Probabilidade de ocorrência (%) de sofrimento psicológico moderado ou severo segundo a realização de isolamento social, faixa etária e diagnóstico médico de transtorno de saúde mental antes da pandemia (calculada a partir do modelo logístico múltiplo - ver nota Figura 1) nas Etapas 1 e 2.

Faixa Etária (anos)	Isolamento (Não)		Isolamento (Sim)	
	*Diag (Não)	Diag (Sim)	Diag (Não)	Diag (Sim)
Etapas 1				
<24	36,9	65,1	43,7	71,2
24 33	27,6	54,8	33,5	61,7
33 43	17,7	40,7	22,2	47,6
43 55	11,9	30,1	15,2	36,3
≥55	8,5	22,9	11,0	28,3
Etapas 2				
<24	38,6	63,1	47,8	71,4
24 33	24,6	47,1	32,3	56,5
33 43	15,1	32,7	20,6	41,5
43 55	12,4	27,9	17,2	36,1
≥55	7,2	17,5	10,2	23,7

**Diag=diagnóstico médico de transtorno de saúde mental realizado antes do início da pandemia*

Assim, como já muito bem documentado a partir da análise de pandemias anteriores (Huremovic, 2019; Taylor, 2019) a pandemia causada pelo Sars-Cov-2 traz consigo outras pandemias invisíveis relacionadas aos impactos severos na economia, na arquitetura social, na cultura e na saúde mental das populações. Concordamos com Cullen et al. (Cullen, Gulati, & Kelly, 2020) que afirmam que as necessidades psicológicas e psiquiátricas não podem ser negligenciadas durante qualquer fase da gestão da pandemia, pois, essas desempenham papel importante na adesão às políticas públicas, na maneira como as pessoas irão lidar com a ameaça de infecção e possíveis perdas. Ainda, deve-se enfatizar que o cuidado pode ajudar no processo de reconstrução de vida que todos os indivíduos estão vivenciando e que poderá sustentar a atuação do sujeito no mundo pós-pandemia.

CONCLUSÃO

Observamos queda na adesão ao isolamento social apesar do aumento do número de pessoas próximas ao participante que testaram positivo para a COVID-19. Notamos também aumento da fadiga e diminuição da confusão mental, da insegurança, da tristeza e da preocupação além de diminuição de sintomas ansiosos e depressivos e aumento de sintomas de estresse. Apesar de permanecer alta, a prevalência de sofrimento psicológico moderado/severo entre os participantes foi menor na Etapa 2 da pesquisa. Esse quadro é característico de fadiga pandêmica o que deve alertar gestores e profissionais de saúde e de assistência, pois, esse cenário pode dificultar a adesão da população às medidas restritivas e de proteção frente à COVID-19. Indivíduos em isolamento social, com transtornos de saúde mental e os mais jovens tem maior probabilidade de apresentar sofrimento psicológico moderado/severo frente à pandemia. Sugerimos que estratégias de educação, prevenção, acolhimento, orientação e cuidado relacionado à saúde mental devam ser elaboradas, dentro das ações de saúde pública no Brasil, prioritariamente para esses grupos, visando minimizar consequências futuras que possam impactar na saúde psíquica e no bem-estar dessa população.

Resumindo...

A pandemia impôs alterações drásticas na rotina de vida das pessoas exigindo readaptação imediata em um momento de grande vulnerabilidade física, social e psicológica. Apesar dos evidentes e indiscutíveis benefícios das medidas de isolamento social para diminuição do contágio, essa medida apresenta custos psicológicos aos indivíduos. Apresentamos esse texto com objetivo de realizar uma discussão considerando dados obtidos em dois levantamentos, realizados em momentos distintos, sobre saúde mental e sofrimento psicológico, da população brasileira adulta durante a pandemia. Os dados foram coletados online em maio/junho (Etapa 1) e novembro/dezembro (Etapa 2) de 2020. Como instrumentos de medida foram utilizadas a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), Escala de Humor de Brunel (BRUMS) e a Escala do Impacto do Evento – revisada (IES-R). Observamos que a população brasileira apresentou alto acometimento por sintomas depressivos, ansiosos, estresse e sofrimento psicológico. Alterações de humor foram frequentes. Comparadas as Etapas 1 e 2 verificamos aumento da fadiga e diminuição da confusão, da insegurança, da tristeza e da preo-

cupação. O isolamento foi um aspecto relevante para aumento da probabilidade de ocorrência de sintomas psicológicos principalmente entre os mais jovens. Pessoas com transtornos de saúde mental diagnosticados antes da pandemia também apresentaram maior chance de serem acometidos por sofrimento psicológico. Conclui-se que sintomas psicológicos foram altamente prevalentes nas amostras. Os dados indicam a presença de fadiga pandêmica e impacto da faixa etária, isolamento social e transtornos de saúde mental no sofrimento psicológico o que deve ser considerado dentro das ações de cuidado e de políticas públicas voltadas à população.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Grant # 2020/08239-6; #2021/03775-0). Agradecemos também a todos os participantes e instituições que nos ajudaram a divulgar o link de nosso estudo para preenchimento.

REFERÊNCIAS

- Almeida, W. D. S., Szwarcwald, C. L., Malta, D. C., Barros, M. B. A., Souza Junior, P. R. B., Azevedo, L. O., Silva, D. (2021). Changes in Brazilians' socioeconomic and health conditions during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Epidemiol*, 23, e200105. doi:10.1590/1980-549720200105
- Antonelli-Ponti, M., Paiva, S. F., Mármora, C. H. C., Bastos, S., Silva, J. A., Campos, L. A. M., Silva, J. A. (2021). Reactions to the pandemic in Brazil: predictors of mental health and life satisfaction. *International Journal of Development Research*, 11(1), 43562-43566.
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Gracie, R. (2020). Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Serv Saude*, 29(4), e2020427. doi:10.1590/s1679-49742020000400018
- Brooks, S. K., Webster, R. W., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Publications.
- Brunoni, A. R., Suen, P. J. C., Bacchi, P. S., Razza, L. B., Klein, I., Dos Santos, L. A., . . . Bensenor, I. M. (2021). Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. *Psychol Med*, 1-12. doi:10.1017/S0033291721001719

- Caiuby, A. V. S., Lacerda, S. S., Quintana, M. I., Torii, T. S., & Andreoli, S. B. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3), 597-603.
- Campos, J. A. D. B., Campos, L. A., Martins, B. G., Valadão-Dias, F. V., Ruano, R., & Marôco, J. (2021). The Psychological impact of COVID-19 on individuals with and without mental health disorders. *Psychological Reports*.
- Campos, J. A. D. B., Martins, B. G., Campos, L. A., de Fatima Valadao-Dias, F., & Maroco, J. (2021). Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Int Arch Occup Environ Health*, 9, 1-10. doi:10.1007/s00420-021-01656-4
- Campos, J. A. D. B., Martins, B. G., Campos, L. A., Marôco, J., Saasiq, R. A., & Ruano, R. (2020). Early Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Brazil: a national survey. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2976. doi:http://dx.doi.org/10.3390/jcm9092976
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255.
- GBD 2016 Brazil Collaborators (2018). Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392, 760-775.
- Coppin, G. (2008). Third International Conference on Human Centered Processes. Paper presented at the Emotion, personality and decision-making: Relying on the observables, The Human Side of Decision.
- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 0(0), 1-2.
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., & Rosa, A. R. (2021). COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res*, 132, 32-37. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.09.021
- Hallal, P. C., Horta, B. L., Barros, A. J. D., Dellagostin, O. A., Hartwig, F. P., Pellanda, L. C., . . . Victora, C. G. (2020). Trends in the prevalence of COVID-19 infection in Rio Grande do Sul, Brazil: repeated serological surveys. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2395-2401. doi:10.1590/1413-81232020256.1.09632020
- Huremovic, D. (2019). *Psychiatry of Pandemics. A mental health response to infection outbreak*. Switzerland: Springer.
- Lavaan, R. Y. (2012). An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995, 10/11/2014). *Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales*.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais (2ª ed.)*. Lisboa: ReportNumber.
- Martins, B. G., Silva, W. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 32-41.

- Murphy, J. F. A. (2021). Pandemic Fatigue. *Irish Medical Journal*, 113(6), 90-91.
- Muruganandam, P., Neelamegam, S., Menon, V., Alexander, J., & Chaturvedi, S. K. (2020). COVID-19 and severe mental illness: impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry Research*, 291, e113265. doi:10.1016/j.psychres.2020.113265
- Pyszczynski, T., & Kesebir, P. (2011). Anxiety buffer disruption theory: a terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(1), 3-26. doi:10.1080/10615806.2010.517524
- Reicher, S., & Drury, J. (2021). Pandemic fatigue? How adherence to covid-19 regulations has been misrepresented and why it matters. *BMJ*, 372, n137. doi:10.1136/bmj.n137
- Rheenen, T. E., Meyerb, D., Neillb, E., Phillipoub, A., Tan, E. J., Toh, W. L., & Rossell, S. L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of Affective Disorders*, 275, 69-77. doi:10.1016/j.jad.2020.06.037
- Rohls, I. C. P. M., Rotta, T. M., Luft, C. B., Andrade, A., Krebs, R. J., & Carvalho, T. (2008). A Escala de Humor de Brunel (BRUMS): instrumento para detecção precoce da síndrome do excesso de treinamento. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(3), 176-181.
- Rondeel, E., Kempen, M., Wijngaards, N., & Nieuwenhuls, K. (2008). Third International Conference on Human Centered Processes. Paper presented at the The influence of stress and mood on time-constrained decision making in crisis situations: to what extent can we predict human performance?, *The Human Side of Decision*.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Khaledi-Paveh, B. K. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Globalization and Health*, 16(57), 1-11.
- Serafim, A. P., Duraes, R. S. S., Rocca, C. C. A., Goncalves, P. D., Saffi, F., Cappellozza, A., Lotufo-Neto, F. (2021). Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. *PLoS One*, 16(2), e0245868. doi:10.1371/journal.pone.0245868
- Souza, A. S. R., Souza, G. F. A., Souza, G. A., Cordeiro, A. L. N., Praciano, G. A. F., Alves, A. C. S., Souza, M. B. R. (2021). Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 55, 5. doi:10.11606/s1518-8787.2021055003152
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. doi:10.1093/ije/dyu038
- Sweller, J., Merriënboer, J., & Paas, F. (1998). Cognitive architecture and instructional design. *Educational Psychology Review*, 10, 251-296.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

- Teixeira, L. E. P. P., Freitas, R. L., Abad, A., Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Mármora, C. H. C., Silva, J. A. (2021). Psychological Impacts of COVID-19 Pandemic on the Brazilian Population: Occupational Analysis. *World Journal of Neuroscience*, 11, 145-160.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*, 89, 531-542. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048
- Vitorino, L. M., Yoshinari Junior, G. H., Gonzaga, G., Dias, I. F., Pereira, J. P. L., Ribeiro, I. M. G., Trzesniak, C. (2021). Factors associated with mental health and quality of life during the COVID-19 pandemic in Brazil. *BJPsych Open*, 7(3), e103. doi:10.1192/bjo.2021.62
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5). doi:10.3390/ijerph17051729
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64.

Perda e pandemia: especificidades do luto no contexto da COVID-19

*Daiane Rosa Nunes, Rafael Trevizoli Neves,
Adriana Aparecida Fregonese e Silvia Maria Cury Ismael*

Como estratégias para enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2), diferentes ações de contingências foram estabelecidas, acarretando mudanças nas vivências antecessoras à morte e no luto. Diante disso, fez-se necessário investigar especificidades no processo de luto dos familiares de pacientes que foram a óbito por COVID-19 no primeiro ano da pandemia, em um hospital de São Paulo. Buscou-se também, compreender o impacto do uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs) no adoecimento, óbito e luto agudo. Realizou-se um estudo qualitativo, transversal e retrospectivo, através de entrevista semi-estruturada com familiares de obitados por COVID-19 no período de setembro à outubro de 2020. A amostra foi definida de forma não probabilística por conveniência. As entrevistas foram realizadas presencial e virtualmente, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo para compreensão de categorias de sentido. Participaram da pesquisa 09 familiares de 10 pacientes obitados, 90% eram do gênero feminino, 70% filhos dos pacientes falecidos, com 60% entre 40 e 70 anos de idade. Os conteúdos identificados foram agrupados em 3 categorias: Relações subjetivas e interpessoais, Atravessamentos da pandemia no processo de finitude e Impactos deflagrados pelas perdas simbólicas e concretas. Concluiu-se que as restrições impostas para enfrentamento da pandemia trouxeram atravessamentos com potencial para facilitar a complicação do processo de luto, no entanto, a oferta de suporte emocional e social, uso de tecnologia para favorecer a aproximação entre familiares e pacientes, além do seu uso como instrumento para favorecer rituais alternativos, atuaram como fatores de proteção para vivência do luto agudo e seus prováveis desdobramentos.

INTRODUÇÃO

A pandemia declarada no ano de 2020, após surgimento de um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) e causador da COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) na cidade chinesa de Wuhan em dezembro de 2019, desencadeou a necessidade

de profundas transformações na organização social atual, acarretando diversas perdas do ponto de vista concreto e simbólico. Vivenciar um contexto pandêmico, conforme Casellato (2020, pg. 223) “evidencia nossa impermanência”, exige reorganizar-se frente às mudanças individuais e coletivas decorrentes do atual momento, bem como, postura ativa, implicação e disponibilidade para construção de novos sentidos, uma vez que, o mundo como outrora conhecido já não existe mais. Repensar modos de relação, reorganização de rotinas, manejo de questões do cotidiano de formas diferentes das habitualmente conhecidas — e tão bem estabelecidas — demanda disponibilidade e criatividade, possuindo potencial para impactos emocionais significativos a todos aqueles cujas consequências desta pandemia atravessam de forma direta ou indireta. (OPAS, 2020; MIYAZAKI e TEODORO, 2020).

Para o enfrentamento da situação pandêmica, diferentes ações de contingências foram estabelecidas tendo como foco a contenção do avanço e da disseminação do vírus, considerando seu elevado potencial de transmissibilidade. A sensação de insegurança deflagrada pela expansão territorial nos colocou em constante hipervigilância. De acordo com Casellato (ibid.) nossa sobrevivência como espécie é mantida por 3 necessidades que regulam os comportamentos humanos, sendo elas, a reprodução, alimentação e proximidade com outro ser humano. Frente as reorganizações impostas pelo momento, encontra-se a recomendação para manter distanciamento, e, por conseguinte, o contato físico — experiência social que ajuda a regular nosso cérebro em situações ameaçadoras — experiência de contato esta que foi sendo sendo desencorajada.

As restrições e os impedimentos, temporários e/ou definitivos, no contato social afeta o modo como a sociedade vivencia o processo de finitude, morte e seus rituais, deflagrando, portanto, a necessidade de identificar e compreender suas especificidades que poderão vir a ser distintas do que é cultural e subjetivamente considerado como esperado, e seus efeitos sobre os processos de elaboração de luto.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar, a partir das reflexões sobre a morte e atravessamentos da pandemia, as especificidades identificadas na experiência inicial do processo de luto de familiares que perderam ente queridos em decorrência da COVID-19.

A morte e seus atravessamentos no contexto pandêmico

As medidas de distanciamento social fundamentadas por evidências científicas e recomendadas por autoridades sanitárias como ações indispen-

sáveis para proteção da saúde e prevenção de contágio, resultaram no fechamento de espaços concretos de sociabilidade e impossibilidades de realização de rituais coletivos e significativos para a cultura. Tais interdições acarretam desdobramentos na saúde mental dos indivíduos, famílias e sociedade como um todo, deflagrando e potencializando reações emocionais disfuncionais e desadaptativas. Dentre os possíveis impactos, encontraram-se a diminuição de interações presenciais com pessoas da rede socioafetiva, sensação de isolamento emocional e privação de liberdade, aumento dos sintomas de estresse, medo e ansiedade em relação ao presente e futuro, depressão e alterações cognitivas, emocionais e comportamentais das mais diversas, bem como comprometimento significativo do funcionamento social e reações agudas de luto. (CREPALDI et al., (2020); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ], 2020 a, b; IASC,2020; BROOKS et al., (2020).

Nesse sentido, um dos desafios apresentados pela pandemia da COVID-19 é referente à reorganização dos rituais de luto diante das medidas sanitárias impostas, que envolveram desde a impossibilidade de visitação aos pacientes internados sob suspeita ou diagnóstico da doença, muitos destes em fase final de vida, até a redução e/ou interdição dos rituais fúnebres. Dentre os fatores que demarcam a importância destes rituais funerários para elaboração do processo de luto, refere-se à configuração enquanto espaços protegidos para expressar a dor e receber validação social (CASELLATO, 2015).

No que se referem aos rituais sociais e culturalmente compartilhados, pautando-se pelas recomendações sanitárias de biossegurança, medidas específicas para restrições de circulação e aglomerações foram impostas, tendo em vista o enfrentamento da COVID-19. Conforme recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020):

- Os velórios e funerais de pacientes confirmados ou suspeitos da COVID-19 NÃO são recomendados durante os períodos de isolamento social e quarentena.
- Caso seja realizado, recomenda-se: Manter a urna funerária fechada durante todo o velório e funeral, evitando qualquer contato (toque/beijo) com o corpo do falecido em qualquer momento post-mortem;
- A cerimônia de sepultamento não deve contar com aglomerado de pessoas, respeitando a distância mínima de, pelo menos, dois metros entre elas, bem como outras medidas de isolamento social e de etiqueta respiratória;

- Recomenda-se que o enterro ocorra com no máximo 10 pessoas, não pelo risco biológico do corpo, mas sim pela contraindicação de aglomerações;

Deste modo, o uso das tecnologias da informação e comunicação (TICs) tornaram-se fundamentais em resposta às necessidades de biossegurança para oferta de assistência em saúde, seja ela física ou mental. A telessaúde é vista como primordial a este enfrentamento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS 1948 apud Ministério da Saúde [MS], 2017) “A Telessaúde pode ser entendida como a “prestação de serviços de saúde, em situações nas quais a distância é um fator crítico [...] utilizando tecnologias de informação e comunicação (TIC)” (COSTA, 2020; OMS, 1948 apud MS, 2017)

Deste modo, o uso das tecnologias da informação e comunicação (TICs) tornam-se fundamentais em resposta às necessidades de biossegurança para oferta de assistência em saúde, seja ela física ou mental. A telessaúde é vista como primordial a este enfrentamento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS¹ 1948 apud Ministério da Saúde [MS], 2017) “A Telessaúde pode ser entendida como a *“prestação de serviços de saúde, em situações nas quais a distância é um fator crítico [...] utilizando tecnologias de informação e comunicação (TIC)”* (COSTA, 2020; OMS, 1948 apud MS, 2017)

Conforme recomendações sanitárias preconizou-se que as intervenções psicológicas ocorressem prioritariamente mediadas por TICs, através de chamadas de vídeo e ligações telefônicas, visando minimizar o risco de contágio e propagação do vírus (IASC, 2020; JIANG et al., 2020). O Conselho Federal de Psicologia, por intermédio da resolução CFP nº 4/2020 que versa sobre a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologia da informação e da comunicação (TIC), autorizou os profissionais a realizarem prestação de serviços psicológicos após efetivação do “Cadastro e-Psi” com o auxílio destas tecnologias, a pessoas e grupos com o intuito de minimizar os impactos psicológicos durante a pandemia da COVID-19. (CRP, 2020).

Além da oferta do cuidado em saúde, o uso das TICs estão sendo incentivados também nos processos de fortalecimento da rede socioafetiva mediando o contato social com pessoas isoladas ou hospitalizadas, com o intui-

1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A health telematics policy in support of WHO's health-for-all strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. Geneva, 1998.*

to de possibilitar a manutenção do vínculo através de telefonema, e-mails, mensagens de texto, áudio e vídeo, além também, de auxiliar nas despedidas remotas diante da eminência da morte mediante uso de celulares e tablets. (ARANGO, 2020; INGRAVALLO, 2020).

Luto e pandemia

O luto caracteriza-se por um processo normal e esperado de elaboração psíquica diante da perda de um vínculo significativo. É um processo que possui atravessamentos que perpassam as dimensões física, emocional, social, cultural e espiritual. O modo como é vivenciado possui relação com o contexto no qual a perda decorre, cultura e período sócio-histórico, ocorrendo no decurso de códigos socialmente instituídos e compartilhados. A elaboração necessária para o atravessamento deste processo requer a ressignificação dos sentidos atribuídos à perda bem como a transformação da relação com a pessoa perdida. (MAZORRA, 2009; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ] 2020c;).

No que concerne à conjuntura da pandemia, conforme a Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020c (pg. 1) “*a morte se torna mais próxima e súbita do que nos parâmetros de rotina [...] podendo ocorrer abruptamente*”, deste modo, diante da possibilidade de ocorrência sem sinais prévios ou ao ocorrer em um ambiente hospitalar — permeado por restrições de biossegurança impostas frente ao enfrentamento da COVID-19 — sendo ao mesmo tempo isolada (em alguns casos afetivamente desamparada) ou uma morte escancarada, amplamente divulgadas através dos meios de comunicação (Kovacs, 2005); as experiências da terminalidade, despedidas, morte, e, por conseguinte, processos de luto, sofrem interferências destas características e deflagram potenciais complicações para sua elaboração.

Cada sociedade influenciada por seu contexto histórico estabelece modos significativos de vivenciar seus rituais fúnebres, cerimônias de despedidas e manejo dos corpos. Em contexto de pandemia, muitos são os atravessamentos, e a necessidade de distanciamento físico, algo tão relevante em nossa cultura, vem trazendo impactos consideráveis na maneira como estes rituais ocorrem. Conforme Mazorra (2020) “*rituais [de despedida] têm um papel importante, pois são espaços protegidos e autorizados para manifestação da dor, com possibilidade de receber apoio social [...] uma organização dentro da desorganização da perda*” (SCHMIDT et al., 2020; MAZORRA, 2020)

Pode-se afirmar que em virtude de suas funções, dentre as quais a de organizador concreto e subjetivo, os rituais individuais, sociais, religiosos

e familiares são espaços que permitem o compartilhamento e a validação das reações emocionais e comportamentais diante da perda. São essenciais para o processo de luto normal, a impossibilidade de vivenciar estes momentos ou experimentar o enlutamento em situação de isolamento socioafetivo, pode facilitar a intensificação dos riscos do desenvolvimento do luto complicado, acarretando prejuízos significativos ao funcionamento biopsicossocial do indivíduo (MAZORRA, 2009; SCHMIDT et al., 2020; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA], 2020a, b; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ], 2020c; CREPALDI et al., 2020).

Por tratar-se de um processo, o luto pode ser experienciado antes mesmo da concretização da perda. O **luto antecipatório**, termo que caracteriza o conjunto de reações vivenciadas durante a iminência da perda e anterior ao rompimento de um vínculo significativo, poderá operar como fator de proteção ao atuar como facilitador para o desenvolvimento do luto, favorecendo a possibilidade de iniciar a simbolização da ausência e a construção de diferentes significados diante da nova realidade que se anuncia (MAZORRA, 2009, MONTEIRO 2017).

Durante o período de pandemia a vivência antecessora da morte poderá ser prejudicada, tanto para os familiares, que muitas vezes frente à imprevisibilidade do decurso da contaminação e progressão da doença não puderam pôr em marcha o luto antecipatório, como também para os próprios pacientes, que poderão ser impossibilitados de vivenciá-lo diante do rompimento dos seus vínculos afetivos significativos em decorrência da necessidade de internação hospitalar e/ou isolamento (WORDEN, 1998; MAZORRA, 2009; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ], 2020a; SCHMIDT et al., 2020).

Monteiro (2017 p.63) aponta que “mortes inesperadas em decorrência de doenças agudas [...] irrompem no seio da família [...] promovendo desequilíbrio [...] acompanhado pela percepção de descontinuidade de sua história de vida e por sensações de impotência, fragilidade e vulnerabilidade”. O processo de morte e morrer daqueles que estiverem hospitalizados e de seus familiares, sofrerão atravessamentos diretos das limitações trazidas pela pandemia, por conseguinte, suas vivências de luto e as possibilidades de elaboração também serão perpassadas pelas consequências sócio culturais produzidas pela COVID-19 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ] 2020c).

Luto e uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs)

A expressão social e compartilhada do luto, a utilização de modos alternativos de ritualizar e significar a morte, além da oferta do suporte emocional ao enlutado, são considerados desafios atuais da pandemia, uma vez que constituíram-se como recursos organizadores e importantes na (re) construção de sentidos para a perda. Diante dos desafios impostos pelas recomendações de biossegurança, fez-se necessário o desenvolvimento de estratégias que facilitassem a comunicação, manutenção da rede socioafetiva, realização de práticas religiosas, expressão de afetos e condolências, bem como de atitudes que favorecessem a elaboração do luto, fosse através de readaptações de práticas sócios culturais ou através da utilização de tecnologias. (SCHMIDT et al., 2020; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA] 2020 a, b; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ] 2020c; CREPALDI et al., 2020)

Conforme exposto por Batista (2019), a utilização de TICs na relação do homem e o enigma da morte não é novidade e apresenta-se como um dos desdobramentos da inserção da civilização na Era Digital. Ela já se fazia presente antes do cenário da pandemia atual por meio do desenvolvimento de blogs/sites temáticos sobre morte e luto, realização de velórios virtuais e uso de redes sociais para o desenvolvimento de memoriais, entre outros recursos que são desenvolvidos frequentemente, de modo a construir novas representações simbólicas para a morte ou para a imortalidade.

A escuta dos enlutados: uma proposta de compreensão dos efeitos da pandemia no processo de luto

A partir das considerações anteriores acerca da morte e seus atravessamentos pela Pandemia, enquanto psicólogos inseridos no cenário da Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI) e na linha de frente do enfrentamento da pandemia de COVID-19, emergiu a questão no tocante das especificidades dos processos de elaboração de luto em decorrência do cenário pandêmico.

Para esta investigação, foi realizada uma pesquisa qualitativa com delineamento transversal e retrospectivo por meio de entrevista semi estruturada com familiares enlutados. A amostra foi composta por 10 participantes, sendo realizadas 10 entrevistas, 8 separadamente e 2 simultâneas entre 2 membros do núcleo familiar. A seleção dos participantes ocorreu de forma não probabilística e por conveniência. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro do ano de

2020, considerando o critério de saturação de dados amplamente utilizado em pesquisas qualitativas (GUEST, BUNCE e JOHNSON, 2006).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 35683920.2.0000.0060, conforme resolução N° 466/124² e suas normas complementares, do Comunicado SEI /MS - 0014765796³, que regulamenta formas alternativas de obtenção do TCLE e da Resolução n° 4/2020 do Conselho Federal de Psicologia⁴, que versa sobre a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologia da informação e da comunicação (TIC), os familiares foram contatados, os objetivos da pesquisa foram informados, bem como as dúvidas foram esclarecidas e as entrevistas agendadas. Considerando as recomendações e protocolos sanitários que preconizam o distanciamento social, 80% das entrevistas foram realizadas por vídeo chamadas e 20% foram realizadas no hospital de modo presencial (por solicitação dos familiares, seguindo os protocolos de biossegurança). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente para análise dos dados.

As entrevistas ocorreram em apenas 1 encontro, sendo ele virtual ou presencial, com duração média de 1h. Os participantes entrevistados via chamada de vídeo, assinaram o TCLE via link da plataforma eletrônica REDCap encaminhado digitalmente por WhatsApp, pois frente à situação de emergência sanitária decretada no país, a CONEP no Comunicado SEI/MS – 0014765796 entende ser admissível, NESTE MOMENTO PARTICULAR, proceder com formas alternativas no processo de consentimento para os estudos realizados em pacientes afetados pela Covid-19. Para os participantes entrevistados presencialmente, a assinatura ocorreu via TCLE impresso em duas vias, sendo uma via da pesquisadora e uma via do participante.

A entrevista semi-estruturada, construída pela pesquisadora com a finalidade específica de coleta de dados referentes às reações provenientes das vivências iniciais do processo de luto, tinha como objetivo compreender características da relação entre familiar e obitado, atravessamentos da pandemia e do uso de tecnologias na vivência do processo de luto, rede de apoio familiar e social e os recursos de enfrentamento utilizados.

2 Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

3 Disponível em: <Comite-de-Etica-Comunicado-sobre-pesquisas-na-pandemia.pdf> (uepb.edu.br)

4 Disponível em: <Resolucao-do-Exercicio-Profissional-4-2020-do-Conselho-Federal-de-Psicologia-BR> (atosoficiais.com.br)

Foram coletados, ainda, os dados sociodemográficos dos participantes para caracterização da amostra (gênero, idade, estado civil, vínculo com obitado).

Dos familiares participantes desta pesquisa 90% eram do gênero feminino, com faixa etária variável entre 20 e 70 anos. Dos entrevistados 70% eram filhos e 30% cônjuges dos pacientes que foram a óbito. No que diz respeito aos obitados, 72% eram do gênero masculino e 28% do gênero feminino, com idade média de 68 anos (desvio padrão ± 11 anos) no momento do óbito e o tempo médio de hospitalização era de 26 dias. Os participantes foram identificados por meio de letras com intuito de garantir o sigilo de suas identidades e apresentados deste modo C; I; M; Ma; Mb; Mc; P; E; H.

As categorias encontradas através das entrevistas foram agrupadas em 3 grandes eixos, conforme apresentado na Tabela 1, sendo eles: Relações subjetivas e interpessoais, Atravessamentos da pandemia no processo de finitude e Impactos deflagrados pelas perdas simbólicas e concretas, as quais foram analisadas qualitativamente a luz de conceitos desenvolvidos por autores que discorrem sobre o tema do luto, conforme análise de conteúdo proposta por (BARDIN, 1977, apud SANTOS, 2012)⁵.

Tabela 1: Agrupamento das categorias

Relações subjetivas e interpessoais	Atravessamentos da pandemia no processo de finitude	Impactos deflagrados pelas perdas simbólicas e concretas
Tipo de relação	Uso de tecnologia durante o período de adoecimento/óbito/luto	Estigma
Apoio Psicossocial no processo	Atravessamentos do isolamento social	Dificuldade de concretizar as perdas
Biografia do Paciente	Protocolos	Rotina
Relação com a Doença	Relação com a pandemia	Relação com a perda
	Múltiplas perdas	Impacto Emocional
	Rituais	Recursos de enfrentamento

Fonte: Elaborado pelos autores.

⁵ BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977, 229 p.

Grupo 1) Relações subjetivas e interpessoais

O grupo de respostas representado pelas categorias: Tipo de relação (TR), Apoio Psicossocial no processo (APS); Biografia do Paciente (BP); Relação com o Cuidado (RC) e Relação com a Doença (RD) versam sobre a categoria **Relações subjetivas e interpessoais**. Os familiares discorreram sobre a proximidade afetiva na relação com o ente querido, bem como sobre as características destas relações que conforme os relatos, eram permeadas por afetos e vivências compartilhadas. Conforme literaturas científicas, existem semelhanças no processo de luto, mas a singularidade da história pessoal, bem como as características da relação previamente estabelecida com quem foi perdido, impactará a maneira como este luto será experienciado (DUNN et al., 2020).

No que se refere ao cuidado ao longo do processo de hospitalização e finitude, os familiares ressaltaram a importância da disponibilidade do suporte psicológico de modo virtual ou presencial ofertado durante a fase da hospitalização, tanto ao paciente quanto aos próprios familiares, suporte este operando como uma intervenção primária de acolhimento emocional. Deste modo, as estratégias assistenciais que buscaram minimizar o sofrimento psíquico deflagrado pelo distanciamento físico poderão impactar positivamente na saúde mental dos participantes, além de atuar como fator de proteção frente ao desenvolvimento do luto complicado (CASELLATO, 2015; FONTES, 2020; CARDOSO, 2020). Conforme relatos das entrevistadas:

- I. (filha): “que bom que meu pai pode ter essa equipe, que bom que ele pode ter um terapeuta que tava ali escutando ele no momento difícil, e enfim, que teve alguém que foi um cobertorzinho quentinho pra ele quando estava geladinho... agradeço o cuidado e por vocês terem passado essa travessia conosco, uma travessia difícil”
- B. (filha) “agradeço, foi a última vez que eu vi meu pai e vi meu pai bem... se não fosse vocês, eu não teria visto mais meu pai em nenhum momento... então eu só tenho a agradecer imensamente vocês... o carinho que você transmitia pra gente, imagino pra ele pertinho”

Ainda sobre a relação com os cuidados, durante as entrevistas foi mencionado a respeito da oferta de visitas virtuais enquanto dispositivo clínico e terapêutico, bem como sobre os seus desafios aos participantes, uma vez que a separação física entre pacientes e familiares se instaurou no momento da hospitalização com suspeita da COVID-19.

Diante deste cenário, os familiares estiveram remotamente presentes tanto nos momentos em que o paciente encontrava-se clinicamente estável, mas também quando haviam pioras da condição clínica, suscitando angústia e sofrimento aos envolvidos. Perante o exposto por Franco (2008) e Casellato (2020) a participação dos familiares nas diferentes fases do processo de adoecimento permitindo seu conhecimento a respeito dos sintomas e ciclo da doença pode ser visto como fator de proteção na vivência do luto antecipatório, permitindo, portanto, maior senso de controle e desenvolvimento de uma segurança possível no contexto em que a perda se anuncia.

- B. (filha) “porque você vê... então do mesmo jeito que causava um consolo, todo o cuidado de vocês, a esperança de poder falar e ajudar ele, mas você ver ele pronado, era barulho, era um mexendo, era uma situação desesperadora pra mim... tinha dias que você ligava e era um pouco assustador ver meu pai com aquilo tudo “pindurado”, você liga para tentar acalmar, mostrar que ele tá bem e que vai ajudar, mas bate o desespero...você vê nu e cru...”
- Mb. (filha) “era muito bom ver meus pais, era muito bom ter algum contato...fez a gente ir entendendo e vendo e acompanhando...não ter mais contato e de repente a pessoa falece, é uma coisa muito rápida, eu não sei como seria, talvez pra mim teria sido pior”

No que se refere ao apoio psicossocial e familiar, os participantes discorreram sobre a importância deste suporte ao longo do processo, no qual percebe-se como um recurso efetivo que contribuiu para minimizar o sofrimento psíquico desencadeado pelas vivências das perdas concretas e simbólicas. Santos (2019) discorre sobre a fragilização do sujeito após a perda e a indispensabilidade do suporte social para o enfrentamento das complexas repercussões acarretadas pelo luto. Mediante as falas, nota-se uma maior aproximação de pessoas da rede socioafetiva, possibilitando o fortalecimento do vínculo entre os membros ao atuar como recurso organizador da experiência, favorecer o enfrentamento e adaptação à nova realidade após a perda.

Conforme ilustrado:

- I. (filha) “as pessoas foram essenciais na minha vida... foi o que me salvou [...] as pessoas estarem sempre presentes, a presença das pessoas na ausência física”

- C. (cônjuge) “todos os amigos em plena pandemia, foram mais de 4 horas só de velório, ele recebeu mais de 30 coroas de flores das minhas amigas, de todos do cartório”

Sobre a relação com a doença (RD) e seus atravessamentos nas vivências dos familiares, foi percebido reações que perpassavam pela surpresa da contaminação dos entes queridos. Cardoso (2020) refere que a fantasia de invulnerabilidade facilitada por esta surpresa poderá agravar a angústia do familiar, desencadear sofrimento psíquico pela interdição de apoio ao ente querido durante a trajetória do adoecimento e agravamento da doença, além de mobilizar a sensação de medo dos familiares de serem vetores de outras contaminações.

Os entrevistados expressaram também a compreensão a respeito de prováveis sequelas desenvolvidas pelos pacientes, atribuindo o sentido à narrativa da morte como algo benéfico em relação aos prováveis comprometimentos eventualmente desencadeados pelo processo de hospitalização, caso os pacientes não tivessem evoluído a óbito em decorrência do adoecimento pela COVID-19.

Conforme ilustrado pelas falas:

- Mb. (filha) “esse momento de COVID é uma coisa que a gente não esperava, acho que ninguém no mundo esperava que eventualmente isso viesse a acontecer... meu medo era que eles adquirissem essa doença [...] porque algumas pessoas pegam, outras não pegam [...] os meus pais por exemplo, não fizeram nada que eventualmente pudessem pegar... foi pro melhor deles e não pro pior[...] pessoas acabaram depois da doença tendo problemas que deixaram sequelas, então as vezes a pessoa acaba tendo outros tipos de sofrimentos que vão prejudicar a vida”
- P. (filha) “o pessoal já fica inseguro de ter pego uma doença que você não sabe como vai evoluir né, sem contato nenhum com a família [...] então eu acho que essa angústia para o paciente tá sendo a pior parte”

Grupo 2) Atravessamentos da pandemia no processo de finitude

Os conteúdos que compõe a categoria **Atravessamentos da pandemia no processo de finitude** dizem respeito ao: Uso de tecnologia durante o

período de adoecimento/óbito/luto (TIC), Atravessamentos do isolamento social (AIS), Protocolos (P) sendo eles institucionais ou de biossegurança, Relação com a pandemia (Rpa), Múltiplas perdas (MP) reais ou simbólicas e sobre os Rituais (RT). Dentre as narrativas que compõe esta categoria, os familiares pontuaram a importância do uso das tecnologias — sendo elas mediadas ou não por profissionais da psicologia — como estratégia de enfrentamento frente ao isolamento, facilitadora de encontros, despedidas e presença afetiva, além de atuar como recurso que favorece a vivência do luto antecipatório.

Conforme Casellato (2020 p.231) *“uma pandemia é devastadora de várias formas, pois evidencia nossa impermanência e fragilidade e nos impõe transformações rápidas e complexas”*, sendo assim, para o enfrentamento da pandemia desencadeada pelo novo coronavírus, mudanças na dinâmica, organização social e na forma como se vivencia o processo de morte, morrer e enlutamento foram inevitáveis, sendo necessários modificação dos costumes funerários e das práticas tanatológicas, alterações na vivência anterior ao agravamento do adoecimento, restrição de contato físico, impedimento de visitas e da presença de acompanhante ao longo do processo de hospitalização, além de dificultar a realização de despedidas e rituais culturalmente preconizados no pós-óbito. A tecnologia operou como recurso facilitador do contato e contribuiu para realização alternativas de rituais.

No relato dos familiares

- I. (filha) “foi extremamente importante não só pra mim, mas também o quanto foi importante para o meu pai que estava aí sozinho e que precisava ouvir a nossa voz, que precisava se conectar com um mundo conhecido... importante ele ter essa presença e pra mim também poder vê-lo.... pra mim iria gerar um mal pior se eu tivesse que fazer a visita presencialmente, no hospital na ala COVID e eu iria ficar louca... o lance da gente poder enviar os áudios para você e você poder passar para ele, eu sei o quanto foi essencial para a gente, para a gente poder começar a viver esse luto... a sensação é que você pode fechar algo... eu percebi o quanto foi importante para a minha mãe mandar estes áudios, eu sinto que para ela assim, ela pode elaborar coisas de 15 anos... ter um mediador que possa trazer essa possibilidade, eu ousou dizer que é essencial para a família e para quem não está aí”

- P. (filha) “foi estranho assim foi todo esse processo online que a pandemia impôs né, não foi a gente né e nem vocês, isso é imposição da pandemia. Então por exemplo, teve reconhecimento online... o reconhecimento foi por vídeo né, aí na hora que a funerária chegou que é outro negócio bem estranho né, por que te fazem uma chamada por vídeo, te mostram e é aquilo, você reconhece e pronto né, é muito estranho... missa online sabe então é isso que parece que a gente não teve aquela despedida...”

No que diz respeito aos atravessamentos do isolamento social durante este período, os familiares discorreram sobre os impactos trazidos em decorrência das necessidades de distanciamento e seus desdobramentos, no qual desencadeou transformações na maneira conhecida como se organizavam e se relacionavam.

A impraticabilidade de comportamentos individuais e sociais esperados diante da iminência da morte, subtração do tempo necessário para significar a possibilidade e a perda de fato, a perda do contato físico e do compartilhamento do pesar com pessoas da rede socioafetiva foram consequências relatadas por estes familiares. De acordo com (Hortegas & Santos; Cardoso et al. 2020; Oliveira et al., 2020) existem diferenças na percepção da temporalidade da morte física, psíquica e social. Devido a velocidade dos acontecimentos e escassez de marcadores simbólicos que estabelecem esta temporalidade, a experiência do luto poderá ter ressonâncias para além do verbalizado no momento da entrevista e preconizado em literatura, pois o tempo de elaboração subjetiva tem sido atravessado e dificultado por esta velocidade.

No que se refere ao contato físico, tanto com o ente querido quanto com pessoas afetivamente significativas, Casellato (2020) discorre sobre o toque ser mediador de uma experiência social que regula o cérebro diante da sensação de medo, na privação deste tipo de contato, as pessoas submetidas a esta interdição transitória poderão estar mais vulneráveis e apresentar dificuldades no manejo das questões e reações deflagradas pela perda.

Em consequência da interdição ou reorganização dos rituais fúnebres, vistos como um importante marcador da transição entre a vida e a morte — acarretando sepultamentos e cremações descaracterizados e não vivenciados em sua totalidade — busca-se de modo preventivo evitar o contágio e propagação do vírus. Os impedimentos para realização de velórios e despedi-

das presenciais contextualizadas com os valores e expectativas dos familiares, potencializam fatores de risco para o desenvolvimento da forma complicada da vivência do luto, do mesmo modo que afetam desfavoravelmente a experiência do processo visto como esperado. As mortes em um contexto pandêmico ocorrerem atravessadas por inumeráveis desafios, contudo, o sentido atribuído às suas repercussões diz respeito a variáveis individuais do enlutado, características da relação e recursos subjetivos mobilizados para o enfrentamento (FRANCO 2008; HORTEGAS & SANTOS; CARDOSO et al., 2020).

- I. (filha) “a falta de afeto físico é surreal, nós somos um país e uma comunidade latino-americana que o toque é muito importante... Eu recebi muito afeto, mas o físico, a falta dele foi muito difícil”
- Mb. (filha) “é um momento muito diferente de perda [...]. Pra mim eu acho que foi mais fácil perder na pandemia, olha que absurdo, mais do que eu ter perdido antes... com a questão de pandemia a gente teve que ter um distanciamento obrigatoriamente, a pandemia de uma certa maneira, ela me ajudou a eu me acostumar com uma coisa que eu não ia poder ter mais pra frente”
- P. (filha) “A gente optou pela cremação, até pela própria doença e pelo fato de que se fosse enterrada a gente não ia poder estar lá da mesma forma né, eles não estavam fazendo os velórios, nada... não teve despedida, não teve nada... minha irmã fala que a sensação que ela tem é que ela abandonou a minha mãe e é isso aí sabe, que ela largou lá, com a história de colocar lá no tal do Covidário não teve mais contato né e não viu mais viva”
- H. (filho) “Acho que assim ó, a parte mais difícil é você não poder dar uma despedida digna”

No que concerne aos protocolos instituídos como medidas de enfrentamento da pandemia, sendo eles institucionais ou sanitários, suas repercussões trouxeram impactos importantes no processo de hospitalização e despedidas, principalmente no momento que ainda não estavam organizados e bem definidos. Muitos hospitais definiram fluxos para comunicação de notícias de modo remoto, seja por chamada telefônica ou por mensagens de texto, estratégia esta que buscou diminuir o fluxo e quantidade de pessoas expostas ao ambiente hospitalar, e, por conseguinte, diminuir as chances de

uma possível contaminação, contudo, tais condutas tornaram-se fonte de sofrimento e angústia aos pacientes e familiares (Oliveira **et al.**, 2020).

Conforme Dantas et al., (2020 pg.516) “*em nossa cultura, os rituais funerários estão centrados na presença e no simbolismo invocados pelo corpo, que pode ser tocado, lavado, vestido e contemplado pela última vez*” deste modo, em decorrência das estratégias para enfrentamento da pandemia, as despedidas presenciais, interdição do tocar, ver e vestir o ente querido trouxeram impactos significativos para a experiência dos entrevistados, visto que, trata-se de discursos recorrentes ao longo das entrevistas. Estas despedidas e cerimônias não concretizadas podem efetivar-se como mais uma perda, deflagrando sentimento de culpa pela não realização de um ritual entendido como digno para o ente que morreu.

- C. (cônjuge) “foi muito complicado no começo porque ele ‘tava’ internado e eu chegando do hospital sem notícias porque eles não sabiam como lidar com notícias...”
- E. (filha) “não poder vestir eu acho horrível e não sei porque não pode por uma roupinha na pessoa né? não poder estar junto em uma fase que a pessoa precisa muito né, é difícil, muito complicado, você pensar que a pessoa vai estar dentro de um saco plástico, a gente quer pelo menos que a pessoa esteja com a roupa que ela gostava, vestidinho, bonitinho sabe...”
- Mb. (filha) “não poder vestir, quer dizer, foi embalada como se fosse...Sei lá, um corpo só né”

Ao longo de suas entrevistas, 2 das participantes discorreram sobre perdas simbólicas e de outros familiares, fatos estes que poderão serem vistos como fatores de risco para vivência e elaboração do luto. A variedade de perdas trazidas pela pandemia e seus desdobramentos vão além das mortes dos entes queridos que motivou o convite para participação nesta pesquisa, as perdas perpassam a dimensão simbólica e financeira, uma vez que, rotinas e lugares subjetivos também foram perdidos. Casellato (2015) assinala a concomitância de perdas sobrepostas como fator facilitador para desenvolvimento de luto complicado.

- I. (filha) “mas esse ano particularmente foi difícil pra mim porque no começo do ano eu perdi o meu melhor amigo, meu ex. namorado

de anos... ele morreu muito jovem com 38 anos de mal súbito... foi o primeiro baque pra mim né que foi em meados de fevereiro [...] eu estava começando elaborar o luto e começou a pandemia... eu vivendo agora a morte do meu vô que me deixou de novo em modo avião... sou muito afetiva, na forma de atender eu sou muito afetiva eu abraço e tal, e antes de qualquer coisa eu dizia: Olha, por motivo de protocolos eu não vou te abraçar...o meu consultório que eu entreguei essa semana na verdade”.

Mb. (filha) “eu perdi meu pai e minha mãe com a diferença de 12 dias entre eles [...] A minha mãe foi a primeira a ser internada e ela infelizmente não melhorou ela só... Ela esteve em estado grave durante todo o processo de tratamento, já o meu pai, ele teve uma recuperação, ele ‘tava`... a gente estava sendo sinalizado de que ele iria para o quarto”.

No que tange as relações estabelecidas com a pandemia e seus desdobramentos, os familiares recorreram sobre suas percepções a respeito do momento, os impactos coletivos e individuais trazidos pelo contexto, além dos efeitos da ampla divulgação pelas mídias, de informações relacionadas a pandemia para suas vivências. Os atravessamentos da pandemia afligem a todos de maneira indiscriminada, no entanto, o modo como cada um é afetado é singular.

Diariamente fomos atravessados por informações das mídias, imagens e notícias a respeito das consequências desta crise sanitária sem precedentes, divulgação do avançar do vírus, possibilidade de saturação do sistema de saúde, número de mortes e sobre o cenário de polarização político-ideológica que se apresentou como um agravante desta ameaça. Tendo em vista as considerações dicotômicas sobre a gravidade da crise, das medidas de restrições de atividades sociais e econômicas, necessidade de isolamento, eficácia e efetividade de tratamentos preventivos versus curativos, além do questionamento frente às recomendações sanitárias e de biossegurança, tornaram proeminentes a sensação de ameaça e desamparo civil irrompendo um senso de desproteção coletiva e indignação frente as perdas. (CASELLATO, 2020; OLIVEIRA 2020).

P. (filha) “a pandemia dificulta tudo, papéis, INSS, cartório né, não é só nem a parte, tem a parte que eu falei né que você não tem os rituais da perda é uma sensação estranha e você ainda não consegue fazer mais nada né, tá tudo bloqueado[...] o que me irrita e isso desde lá no início é a história da politização da doença tá, eu fico agoniada

com aquela história pró Bolsonaro toma Cloroquina e quem é contra não toma e sabe, porque veja quem decide isso é o médico não é a política né [...] eu nem assisto mais jornal sabe porque é aquilo descobriu isso do remédio, olha pode matar criança, não pode matar criança, virou política total [...] quando você perde alguém pela doença você...meu não é política”

Mc. (filha) “eu acho que é a parte mais dolorida é realmente toda essa briga que existe por causa dessa doença né, a gente acaba ficando muito no meio porque enquanto tem pessoas que acham que não é nada que não mata e que é brincadeira, tem outras pessoas que sabem que não é bem assim né, então, o que eu acho que fere mais não é ter perdido a pessoa por uma doença nova, é ter perdido a pessoa pra uma doença nova onde tem muita gente que acha que não é, que é mentira, e que acabam menosprezando a doença [...] essa briga política que tem por trás da doença é a parte pior pra gente que perdeu alguém”

Os entrevistados ao falarem sobre os rituais, verbalizaram suas reorganizações frente a crise sanitária, seus impactos, impedimentos e suas potencialidades. Rituais são atos simbólicos que imprimem significados, sejam diante de perdas ou mudanças de realidade, as modificações ou ausência de rituais de despedidas prejudicam a concretização da perda e a sua possibilidade de ser subjetivada. Hortegas & Santos (2020) discorrem sobre a importância dos rituais funerários como organizadores do processo de despedida e indispensáveis para vivência do luto, mesmo que de modo reconfigurados em decorrência das restrições impostas para o enfrentamento da COVID-19.

Ao discorrer sobre em que condições os costumes funerários estão se concretizando e seus atuais resultantes (Hortegas & Santos 2020; Cardoso et al., 2020, Fontes et al., 2020; Dantas et al., 2020) refletem sobre a importância do ponto de vista psicoemocional, social e cultural dos rituais fúnebres, uma vez que são fundamentais para assimilação do momento de passagem imposto pela morte, para manifestação pública do pesar, realização de homenagem aos mortos e oferta de apoio e conforto aos enlutados, passando aspectos psicológicos e culturais.

No que concerne a conjuntura da pandemia, conforme recomendações das normas sanitárias durante a pesquisa, existiam impedimentos para que os corpos fossem velados — ao menos como culturalmente estava naturalizado — e quando ocorriam, eram realizados de maneira empobrecida, com

os números de pessoas reduzidos, caixão lacrado e restrição de proximidade aos presentes. Em uma cultura permeada por afetividade, estas restrições dificultam manifestações físicas de carinho e afeto, trazendo, portanto, efeitos para a saúde mental dos enlutados ao prejudicar a reorganização de defesas psíquicas para vivenciar estas experiências.

Mb. (filha) “eu não sei se eu teria aguentado, aí é uma coisa que eu não vou saber porque eu não passei por essa experiência com nenhum dos dois, fazer um velório, ficar com a pessoa lá dentro, sabendo que aquilo era realmente o fim”

B. (filha) “Essa era minha vontade, não precisava ter nada que quem tivesse e quem quisesse correr junto, estar próximo, que o meu pai se sentisse abraçado, mas nem isso, nem uma roupa eu pude pôr no meu pai[...] não teve nada, quando você tem um velório ou mesmo uma cerimônia não precisa ficar todas aquelas 300 horas, mas uma despedida não só pra mim, mas para as pessoas que gostavam dele, você entende eu resolvi isso em 3 ou 4 horas D., eu fiquei mais tempo no hospital esperando funerária, esperando caixão, esperar para reconhecer do que se eu fosse fazer uma despedida[...] eu não vi ele, mas eu vi o caixão no carro da funerária [...]é desesperador a situação que eu passei naquele dia, pelo fato D. não só da perda do meu pai. Questão de 10 minutos que eu estava no Vila Alpina chegaram mais de 10 carros funerários, fora os que estavam já no local, então foi assim, foi bem discriminado que não teria nada [...]eu simplesmente deixei meu pai D., e eu assinei as documentações, mais nada... Eu acho que tudo bem que é a proteção pra quem está vivenciando essa situação eu acho que o mínimo poderia ter[...] não teve roupa e foi colocado em dois sacos preto”

Ma. (cônjuge) “eu tenho um apartamento na praia, ele gostava muito de lá[...] e lá tem um mirante [...] ele gostava muito, aí nós fomos, jogamos a cinza dele lá e jogamos umas rosas[...] Foi, foi muito bonito, tanto é que uma das rosas que ela jogou [filha] ficou bem no centro de uma árvore[...] É, ali foi realmente o fechamento do ciclo né? E a libertação dele”

Grupo 3) Impactos deflagrados pelas perdas simbólicas e concretas

Em referência aos conteúdos manifestos em por meio da categoria **Im-**

pactos deflagrados pelas perdas simbólicas e concretas, os entrevistados discorreram sobre as subcategorias: Estigma (E) relacionado às consequências da contaminação, Dificuldade de concretizar as perdas (DC), alterações na Rotina (R), a Relação com a perda (RP), Impacto Emocional (IE) e os Recursos de enfrentamento utilizados (RE).

No que se refere ao estigma percebido e referido por alguns familiares, foi possível observar a percepção de culpabilização individual pela contaminação, que conforme Dantas et al., (2020) a COVID 19, além de tratar-se de uma doença contagiosa é atravessada por questões de ordem ideológica e político-sanitária sobre o discurso de incumbência individual para se evitar o contágio, ou seja, uma doença que além de potencialmente grave e que afeta a todos indiscriminadamente — e alguns sendo ainda mais vulneráveis, visto que elementos do contexto acentuam a vulnerabilidade — é permeada por narrativas estigmatizantes.

A leitura sobre as comorbidades prévias ao adoecimento pelo coronavírus serem vistas como uma autorização e justificativa para a morte do ente querido, além de os excessos de mortes em decorrência da COVID contribuírem para a perda da individualidade daqueles que foram a óbito durante a pandemia, podendo acentuar o sofrimento.

Mc. (filha) “quando você fala a faleceu de COVID a pessoa fala a mais era obesa, tinha 70 anos, tinha um câncer então assim, não é justificativa [...] não interessa se tinham doença de base ou não, a gente trata a saúde pra sobreviver independente do que você tenha [...]é o menosprezo né, como se, falando de uma maneira bem feia, mas como se merecesse morrer, a, tinha uma doença de base então ok, merecia sabe, e não é assim [...]que está acontecendo na sociedade e televisão e tudo mais, acaba tirando a individualidade da morte né, porque por exemplo, uma coisa séria: Perdi minha mãe, ela tava bem, faleceu e como te falei, tudo que tá envolvido com a morte, outra coisa é ela ser mais uma, então essa que é a parte mais difícil”

A dificuldade de concretização pode ser vista como uma reação esperada frente à realidade da perda, contudo, diante das consequências da pandemia é influenciada por elementos característicos que potencializam a sensação de falta de concretude — possuindo potencial para dificultar o processo de elaboração do luto. De acordo com o exposto por Casellato (2020,2015) as

condições em que a perda acontece poderá prejudicar o enfrentamento do luto, e, por conseguinte, sua elaboração. A vivência da morte no contexto da COVID-19, atravessada por todas as interdições e modificações, poderá ser vivida como uma partida sem despedida (idem), acarretando na relação ambígua com a morte, devido a condição de ausência física e presença psicológica, uma vez que, o último contato físico com o familiar muitas vezes ocorreu antes do processo de hospitalização, e o contato físico com o corpo morto, foi interdito, tornando a narrativa da morte permeada por incertezas.

No discurso dos entrevistados são identificados elementos que sugerem que a morte foi vista como inesperada, conforme Santos et al., (2017, pg 7) “mortes inesperadas são mais complicadas de serem superadas, pela sua característica de ruptura brusca, sem haver nenhum preparo” mesmo diante da internação, separação física e utilização da tecnologia como um recurso de aproximação, a vivência do luto antecipatório dos familiares foi afetada, e possivelmente prejudicada, tendo em vista que testemunhar e participar do processo de adoecimento em conjunto com o paciente sofreu modificações, e o percurso necessário para que a família pudesse se adaptar à realidade da perda iminente foi suprimido.

- Mb. (filha) “Na verdade, eu acho que até agora a ficha ainda não caiu totalmente, é um momento muito diferente de perda[...] porque ainda é recente, as vezes como eu falei, toda vez eu tenho a sensação que eles estão no hospital e eu vou a qualquer momento falar com eles. Quando toca o telefone, que vem o telefone do hospital me dá aquela coisa assim “nossa, vão me dar notícias” sabe?
- B. (filha) “todo dia é uma sensação de sonho, é uma sensação que ele está internado e que ele vai voltar[...] vai fazer 3 meses né D., nestes 3 meses primeiros vai ter esse negócio né, principalmente porque foi em hospital, já estava um tempo em hospital”
- Mc. (filha) “tem certas coisas que por mais que a gente não goste fazem parte do luto né, então você acompanhar um doente, você acompanhar essa piora, essa melhora né todo esse quadro, estar junto, ter até mesmo as questões de cultura ter velório, ter enterro ter tudo, então pra mim principalmente é uma coisa muito esquisita porquê parece que ela está aí com vocês, a sensação é que não que não aconteceu porque da maneira que eu deixei ela aí, ela tava bem, então a impressão que a gente tem é que ela segue aí bem, não caiu muito bem a ficha eu

acho. Faz parte do luto você acompanhar a doença né, vai caindo as fichas até que chega um ponto que você fala, aí tomara que o melhor seja feito, e isso é uma coisa que a gente não teve, porque eu deixei ela bem no hospital e não busquei mais entendeu, então eu acho que esse time que acabou faltando”

Os entrevistados foram relatando os sentidos subjetivos atribuídos a perda de um ente querido em um contexto pandêmico, o modo como a ausência vem impactando no cotidiano, além de relatar também os fatores facilitadores ou complicadores que atravessaram a vivência da perda. Para Worden (1998) algumas tarefas na vivência do processo de luto são esperadas, podendo até mesmo estarem presentes no luto antecipatório, são elas: Aceitar a realidade da perda; Processar a dor do luto, Ajustar-se ao mundo sem a pessoa morta; Encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida, segundo o autor, tratam-se de tarefas que facilitaram o processo de elaboração.

- B. (filha) “mesmo que esse vírus está mundialmente, você acredita que todos os recursos, que ele aí com vocês, ou até quem está em outros hospitais[...] eu achei que ele fosse melhorar [...] a gente nunca imagina a gente nunca acredita, não é que nem uma pessoa que já tem uma doença por um tempo e você sabe que uma hora ou outra vai acontecer... foi deixado com uma tosse com uma febre, na esperança que vai sair em uma semana ou duas”
- P. (filha) “perder um ente querido já não é bom né, agora quando você, vamos supor, tá doente ou tá mais velho é existe toda uma preparação, em termos de tudo, em termos psicológicos, em termos de papéis sabe de você deixar tudo mais ou menos pronto né, e na pandemia dificultou demais tudo isso porque veja, foi de repente né”
- Mc. (filha) “o quadro tinha melhorado e daí no dia seguinte piorou de vez, então foi realmente uma surpresa assim eu não esperava [...] E até pela doença que ela tinha né, por que assim, se ela tivesse só pego COVID do nada, claro é do nada, mas ela tinha doença de base ela tinha o câncer ela tinha as outras questões, mas se ela tivesse bem de saúde e de repente falecesse do COVID eu acho que ia ser muito mais duro[...] Então a gente já estava neste processo de luto né de entender putz, a qualquer momento ela pode ter uma piora ou uma

melhora né, calhou de trombar com o COVID no meio do caminho, mas poderia ter sido outra coisa”

- M. (cônjuge) “eu desabei, desabei e falei: A gente não quer, mas para ficar sofrendo se você quiser ir...vai[...] parecia que só estava esperando a gente pedir luz pra ele né, para terminar e receber a ligação do hospital [...] Pra sair também e ficar em cima de uma cama, claro eu iria cuidar, mas eu acho que ele não iria aguentar ficar sofrendo em cima de uma cama depender de tudo né.

As reações emocionais relatadas ao longo das entrevistas são esperadas frente à dinâmica decorrente do rompimento de vínculos significativos, elas perpassam as dimensões físicas, cognitivas e emocionais conforme preconizado pela literatura sobre o processo de luto.

- I. (filha) “é muito difícil ter que viver essa experiência, especialmente agora que estamos vivendo um contexto pandêmico [...] tão difícil falar sobre isso [...] eu ainda estou um pouco em modo avião assim, é muito dificultoso[...] estado meio de seguir a vida meio que no automático, eu sinto que desde que meu pai ficou doente na verdade ta tudo pela metade, é um luto pela metade é uma vivência pela metade, ta tudo pela metade [...] não sei muito bem dizer o que é viver o luto”
- B. (filha) “Difícil falar D., um susto, a terra abriu[...] É como se fosse um pesadelo todos os dias que a gente lembra [...] eu acho que não consegui vivenciar meu luto ainda[...] Um medo de não dar conta, o medo de não ser capaz, de não segurar tudo que eu tenha que segurar[...] eu to achando que é ansiedade sei lá que é pânico porque foi o que eu falei para você, toda noite, toda manhã é como se fosse um pesadelo, tem dias que eu acordo 4h da manhã e me vem as coisas que ele viveu”

Ainda em decorrência da ruptura de vínculos significativos, os familiares mobilizaram recursos subjetivos e concretos para o enfrentamento da perda, dos quais perpassam por relações com a rede socioafetiva, ocupação, espiritualidade e sentido atribuído à ausência do ente querido, sendo possível perceber características de oscilação entre voltar-se para as consequências da perda e voltar-se para possibilidade de resignificação, alternância esta vista como um mecanismo adaptativo. (Stroebe & Schut (1999) apud Mar-

roza 2009) discorrem sobre o modelo do processo dual do luto, em que se espera uma oscilação entre as estratégias de enfrentamento orientadas para a perda e as estratégias orientadas para restauração buscando-se a reconstrução de sentidos e a elaboração do luto, características que foram percebidas por meio da fala dos participantes.

I. (filha) “sei que tem algo maior, eu não sei se é Deus, se são Deuses ou o que é, eu não sei dizer”.

Mb. (filha) “no nosso entendimento o meu pai quis ir embora, ele não quis ficar, então apesar de ser uma coisa que pra gente dá saudades, é... deixa a gente chateado por outro lado eu acho que é mais fácil de compreender e de aceitar que ele tenha ido junto com ela[...] isso de alguma maneira nos ajudou a aceitar o que aconteceu [...] Quando você tem uma família, uma família [...] não é que você não vá sofrer é que essas pessoas acabam de uma certa maneira, te ajudando a enfrentar[...] como foi tudo muito rápido né, a gente faz o reconhecimento, fecha o caixão, põe no carro, vai pro cemitério e a gente fez uma oração, enterrou e assim acaba [...]Jera o momento deles, eles sofreram, mas muito pouco, pensando no que eles poderiam sofrer separados e no que eles poderiam sofrer eventualmente por uma seqüela”.

Mc. (filha) “se não fosse o COVID quanto tempo mais talvez né, as vezes não teria né mais tanto tempo e as vezes teria um sofrimento muito maior né por conta do câncer ser uma coisa agressiva, ter um tratamento né mais delicado, ter a questão da pessoa perder a essência né, não poder fazer as coisas sozinha, perder a autonomia, perder até o cognitivo[...] foi mais leve porque ela tava bem né, um dia foi intubada e dali ficou, então não teve todo esse... essa dor essa perda de autonomia [...] a gente tem que focar nestas questões né”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa foi possível perceber que, mesmo diante de tantas mudanças e reorganizações, a oferta de cuidado psicológico mediado por dispositivos tecnológicos e oferecido aos pacientes e seus familiares durante a hospitalização, operou como um fator de proteção frente aos impactos das restrições impostas pela pandemia.

Facilitar o contato entre o paciente e membros da sua rede socioafetiva durante o período de internação e restrição de visitas presenciais, oportunizou a realização de visitas de modo virtual através de chamadas de vídeo ou envio de áudios, favoreceu despedidas, possibilitou vivenciar e apreender sinais que evidenciavam a iminência da morte, por conseguinte, possibilitou a vivência do luto antecipatório — elemento importante para o processo de elaboração.

Frente às ações de contingências para conter o avançar e disseminação do vírus, rituais fúnebres foram desencorajados, impedidos ou precisaram ser adaptados, os participantes pontuaram o impacto destas restrições em suas vivências. Dentre os impactos mais relatados, estão a falta de autorização para execução de práticas de tanatopraxias e realização do velório. O impedimento das realizações destas práticas poderá atuar como um fator de risco para a vivência complicada do processo de luto, ou potencializar o sofrimento inerente a este processo, uma vez que, as restrições, muitas vezes estão acompanhadas da falta do contato visual e presencial com o corpo morto, contribuindo para dificultar a concretização e assimilação do ponto de vista emocional que a morte ocorreu de fato.

Por intermédio desta investigação, foi possível perceber a importância do uso da tecnologia frente às barreiras estabelecidas pela pandemia, sejam elas durante o período de adoecimento, hospitalização e luto. Os participantes relataram o uso da tecnologia como dispositivo importante de aproximação com o familiar durante o período de adoecimento e hospitalização, sendo eles em alguns momentos mediados por profissionais da psicologia e em outros com recursos próprios, além de propiciar a aproximação com outros membros da rede socioafetiva, compartilhamento de experiências, obtenção de suporte afetivo e psicossocial, realização de velórios e missas virtuais em homenagens aos entes queridos. Quanto aos recursos concretos e subjetivos mobilizados, evidencia-se a relevância do suporte psicossocial, espiritualidade, bem como o cuidado emocional oferecido ao longo do processo anterior a morte e no pós-óbito.

O processo de luto em meio a pandemia expressa-se como relevante devido sua dimensão quantitativa e qualitativa, deste modo, este trabalho buscou além de oferecer um espaço de escuta para que estes familiares relatassem os impactos de suas perdas em meio a pandemia, proporcionar um espaço de fala como estratégia de prevenção ao luto complicado e/ou inibido, em razão das mortes poderem tornar-se silenciosas e despersonalizadas frente a

tantos números e notícias. Compreende-se também, que o espaço oferecido para circular à palavra pode operar como um espaço de cuidado podendo ser protetivo e impactar nas vivências e respostas ao luto destes participantes. Buscou-se também, a produção de conteúdo científico que possa contribuir para instrumentalizar profissionais para atuação com a essa demanda, visto que, os reflexos psicossociais desta pandemia têm ocorrido de forma longitudinal, trazendo impactos a curto, médio e longo prazo.

Vale ressaltar a importância de investigações mais amplas, posto que, a coleta de dados para esta pesquisa ocorreu por meio de uma amostra homogênea no que diz respeito a período do ciclo vital e classe social, sendo assim, sugere-se a realização de pesquisas que possam abarcar estas variáveis de modo a tornar-se mais representativa frente às abrangentes vicissitudes do luto.

REFERÊNCIAS

- ABEC [Associação Brasileira de Estudos Cemiteriais]; Rede de Apoio às famílias e memorial das vítimas da COVID-19 no Brasil; Segura a Onda – O Brasil contra a COVID. (2020). Guia para pessoas que perdem um ente querido em tempos de Coronavírus (COVID-19). Disponível em <https://seguraaonda.com.br/wp-content/uploads/2020/05/guia-vitimas-final.pdf>
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION BY K. WEIR (2020a). Grief and COVID-19: mourning our bygone lives. Disponível em: <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19> Acesso em julho 2020.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION BY K. WEIR (2020b) Grief and COVID-19: Saying goodbye in the age of physical distancing. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/covid-19/grief-distance> Acesso em: julho de 2020.
- ARANGO, C (2020). Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. Disponível em: < [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(20\)31493-1/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(20)31493-1/fulltext)> Acesso em: julho de 2020.
- BATISTA, J. dos S. O luto na era digital: a relação do homem com a morte frente à revolução tecnológica. In: BATISTA, J. dos S. & GUIDUGLI, S. N. Psicologia da Saúde e Clínica: conexões necessárias. São Paulo: Appris Editora, 2019.
- BRASIL. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – COVID-19. Ministério da Saúde: Brasília, março/2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirusversao1-25mar20-rev5.pdf>> Acesso em: agosto 2020
- BROOKS, S.K PhD et al., The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, Department of Psychological

- Medicine, King's College London; London, UK Volume 395, ISSUE 10227, P912- 920, March 14, 2020. Recuperado de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>.
- CARDOSO, Érika Arantes de Oliveira et al., The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 28, e 3361, 2020. Available from. Access on 17 Feb. 2021. Epub Sep 07, 2020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>.
- CASELLATO, G. Intervenções clínicas em situação de luto não reconhecido: estratégias específicas. In: CASELLATO, G (org). *O resgate da empatia*. São Paulo: Summus editorial, 2015. CASELLATO, G. Posfácio. In: CASELLATO, G (org) *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. São Paulo: Summus editorial, 2020
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2020). Resolução nº4, de 26 de março de 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid19?origin=instituicao> Acesso em agosto de 2020.
- CREPALDI, Maria Aparecida et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estud. Psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 37, e200090, 2020. Available from. Access on 17 Feb. 2021. Epub June 01, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.
- DANTAS, Clarissa de Rosalmeida et al. El duelo en los tiempos de COVID-19: desafíos para la atención en salud mental durante la pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* [online]. 2020, v. 23, n. 3 [Accedido 19 Junio 2021], pp. 509-533. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>>. Epub 30 Oct 2020. ISSN 1984-0381. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>.
- DUNN, Barney; SHEAR, Katherine; EHLERS, Anke; WILD, Jennifer; GREENE, Talya; BREWIN, Chris. COVID TRAUMA RESPONSE WORKING GROUP RAPID GUIDANCE Clinical guidelines for delivering bereavement and grief support in the context of COVID-19. Disponível em acesso em fevereiro de 2021.
- FRANCO, M.H.P. Trabalho com pessoas enlutadas. In: CARVALHO et al.(Org). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo. Summus, 2008.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020a). A quarentena na COVID-19: Orientações e estratégias de cuidado. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID 19. Recuperado de: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid19-A-quarentena-na-Covid-19-orientações-e-estratégias-de-cuidado.pdf>
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020b). Recomendações aos psicólogos para atendimento online. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID 19. Recuperado de: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Saúde-e-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-PandemiaCovid-19-recomendações-aos-psicólogos-para-o-atendimento-online-1.pdf>
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020c). Processo de luto no contexto da COVID19. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID. Recuperado de: 60 <https://>

www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-eAtenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-daCovid-19.pdf
http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2020/AOP_2020-0279.pdf
Acesso em: maio de 2020.

FERGUSON et al. 2020. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Disponível em: Acesso em: janeiro de 2021

FONTES, Wendney Hudson de Alencar; ASSIS, Pamela Carla Pereira de; SANTOS, Emanuelle Pereira dos; MARANHÃO, Thércia Lucena Grangeiro; LIMA JÚNIOR, Joel; GADELHA, Maria do Socorro Vieira. Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura. *Id on Line Rev.Mult. Psic.* julho/2020, vol.14, n.51, p. 303-317. ISSN: 1981-1179.

KOVACS, Maria Julia. Educação para a morte. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2005, vol.25, n.3, pp.484-497. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>.

GUEST, G., BUNCE, A., & JOHNSON, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

HORTEGAS, Monica Giraldo; SANTOS, Cristiane Caldas dos. COVID-19 E O LUTO: SEM PODER DIZER O ÚLTIMO ADEUS. *Revista Transformar* |14, Edição Especial “Covid-19: pesquisa, diálogos transdisciplinares e perspectivas”, mai./ago. 2020. E-ISSN:2175-8255. Disponível em acesso em: fevereiro de 2021.

IASC. Inter-Agency Standing Committee. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19. Versão 1.5, 61 março 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf> Acesso em: abril de 2020

INGRAVALLO F. Death in the era of the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e258. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30079-7. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32247328; PMCID: PMC7270737.

JIANG et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res*. 2020 Feb 28;286:112903. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112903. Epub ahead of print. PMID: 32146245; PMCID: PMC7112608.

MAZORRA, L. A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MAZORRA, L.2020 By Lacerda. P. Luto sem despedida: como lidar com a perda pela Covid-19 Recuperado de: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirusservico/luto-sem-despedida-como-lidar-com-perda-pela-covid-19-1-24401521>

MIYAZAKI, M.C de O, S & TEODORO, M 2020. Sociedade Brasileira de Psicologia. Disponível em: [Enfrentamento COVID19 \(sbponline.org.br\)](http://EnfrentamentoCOVID19(sbponline.org.br)) Acesso em: Agosto de 2020

- MONTEIRO, M.C. Nada será como antes: A família diante da iminência da morte na UTI. In: MONTEIRO, M, C. A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena. Curitiba: Appris Editora, 2017
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE: Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 Acesso em: maio de 2020
- POSICIONAMENTO DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) (2020d). A evolução da Covid-19 no estado do Rio de Janeiro: desafios no enfrentamento da crise sanitária e humanitária relacionada à pandemia. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u91/relatorio_distanciamentoso_cial.pdf Acesso em setembro de 2020
- PARKES, C.M. Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.
- SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156> Acesso em: dezembro de 2020.
- SANTOS, Gabriela Casellato Brown Ferreira. Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 116-137, feb. 2019. ISSN 2525-3050. Disponível em: Acesso em: 18 feb. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2525-3050.2017.v2i3.116-137>.
- SCHMIDT, et al. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estudos de Psicologia (Campinas), 37, Disponível em: [1678-9865-estpsi-37-e200063.pdf](https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063) (scielo.br) Acesso em: dezembro de 2020. doi: [org/10.1590/1982-0275202037e200063](https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063)
- VASCONCELOS, et al. (2020). O NOVO CORONAVÍRUS E OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA QUARENTENA. DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins. 7. 75-80.10.20873/uftsuple2020-8816. [tps://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8816/16731#.Xrk1bwaV3dY.mailto](https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8816/16731#.Xrk1bwaV3dY.mailto)
- WORDEN, J.W. Terapia do luto, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. [/sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8816/16731#.Xrk1bwaV3dY.mailto](https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8816/16731#.Xrk1bwaV3dY.mailto)
- WORDEN, J.W. Terapia do luto, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Visitas virtuais em terapia intensiva: Uma possibilidade de conexão entre pacientes e familiares

Daiane Rosa Nunes, Mônica Alves Verlings, Rafael Trevizoli Neves, Adriana Aparecida Fregonese e Silvia Maria Cury Ismael

A situação de internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido aos tratamentos complexos e procedimentos invasivos é considerada um evento estressante para os pacientes e familiares. Somado a isso, as medidas de restrição de visitação, podem tornar esse evento traumático. O uso das tecnologias de informação e comunicação pode colaborar com a manutenção dos vínculos com a rede socioafetiva. O objetivo desse estudo foi apresentar o desenvolvimento, implementação e resultados das visitas virtuais em UTI-COVID em um hospital filantrópico de São Paulo/SP. Os resultados apresentados são do período de abril/2020 à maio/2021. Foram realizadas 1520 visitas virtuais a 285 pacientes da UTI-COVID, sendo uma média de 26,6 visitas totais por semana e 5,3 visitas por paciente. Os pacientes que necessitaram das visitas virtuais eram do sexo masculino (64,2%), casados (70%) com média de 71,7 anos de idade e com tempo médio de hospitalização de 30,5 dias. 49% foi a óbito durante a hospitalização. Foram abordados os aspectos qualitativos da utilização das visitas virtuais, como estratégia de humanização, prevenção e manejo de delirium, seus desdobramentos emocionais e benefícios para pacientes, familiares e equipe de saúde, apresentados em formas de vinhetas clínicas. As visitas virtuais demonstraram ser uma intervenção inovadora no cenário da pandemia, colaborando com a conexão entre pacientes e familiares e agregando valor ao cuidado em saúde ao promover o cuidado integrado e centrado nas necessidades de pacientes e familiares.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 decorrente do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) configura-se mundialmente como o maior incidente sanitário desde a gripe espanhola (H1N1) em 1918. O surgimento do vírus e dos primeiros casos de contaminação em humanos ocorreram em Wuhan região central da China em meados de dezembro de 2019, contudo, a declaração de pandemia foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no mês de

março de 2020. Seus desdobramentos, ainda em curso, extrapolam barreiras geográficas atingindo simultaneamente nações e continentes de modo global. O cenário pandêmico ultrapassa o campo do discurso biológico, mesmo que a existência do vírus e a contaminação do hospedeiro humano remeta diretamente a uma questão de ordem orgânica, posto que, seus atravessamentos e consequências vem trazendo imensuráveis impactos sociais, psíquicos, econômicos, culturais, políticos e sanitários (BIRMAN,2020; EISMA & TAMMINGA, 2020).

Como estratégia para redução da propagação do vírus, a OMS recomendou medidas de distanciamento físico e isolamento social horizontal, medidas estas, que em seu cerne produzem rupturas e descontinuidades de práticas de sociabilidade e rotinas do cotidiano. Conforme Ferguson et al. (2020) múltiplas intervenções comportamentais e não farmacológicas têm sido implementadas visando reduzir a taxa de contato entre as pessoas, e, assim, minimizar a velocidade de propagação do vírus. Dentre as medidas propostas encontra-se o fechamento de espaços coletivos, isolamento dos casos sintomáticos, práticas de higiene das mãos e restrição da circulação de pessoas. Ainda que 80% dos casos de pessoas acometidos pela COVID-19 não necessitem de hospitalização, segundo Bajwah et al. (2020), um contingente expressivo poderá necessitar de internação hospitalar podendo evoluir com gravidade para tratamento em unidades de terapia intensiva (UTI).

Em consonância com as restrições impostas para conter o avançar da pandemia e retardar o aumento do número de casos simultâneos, permitindo, portanto, que os sistemas de saúde possuam capacidade de atender as demandas de maior gravidade, estratégias de biossegurança foram implementadas, culminando na necessidade de reorganização do cuidado hospitalar frente aos novos protocolos sanitários, seja por meio da utilização constante de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC), ou ao preconizar isolamento físico dos pacientes, restrição de visitas presenciais e contato com familiares. (FERGUSON et al., 2020; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ[FIOCRUZ], 2020 a).

A unidade de terapia intensiva e o desafio da comunicação paciente-família

A situação de internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é, sabidamente, um evento potencialmente estressante para os pacientes e seus familiares devido aos tratamentos complexos, procedimentos invasivos e cuidados intensivos.

O cuidado no contexto da UTI ainda é focado na patologia e orientado pelo modelo biomédico, no qual os procedimentos técnicos se sobrepõem aos aspectos relacionais do cuidado. Entretanto além do sofrimento físico, os pacientes também são impactados emocionalmente pelo prognóstico incerto ou desfavorável, o medo da morte, a falta de privacidade e individualidade, bem como a solidão decorrente do isolamento social e restrição de visitas (MONTEIRO, 2017).

O adoecimento e a internação do paciente também podem causar em seus familiares sintomas de ansiedade e estresse, exigindo que estes mobilizem recursos para o enfrentamento da situação. Segundo Batista (2015) é importante considerar na assistência psicológica aos familiares, a dificuldade do familiar em lidar com o afastamento físico do paciente, as fantasias e medos em relação ao tratamento e a UTI, reedição de conflitos preexistentes, além dos possíveis ruídos na comunicação com a equipe de saúde. Esses fatores contribuem para a maneira que os familiares irão vivenciar a situação saúde-doença.

Tendo em vista essa realidade, a partir de 2001 surgiu um movimento profissional e governamental pelo resgate e valorização da humanização no cuidado em saúde. O Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos usuários. Posteriormente, foi unificado juntamente com outros programas de humanização existentes, transformando-se na Política Nacional de Humanização (PNH). (BRASIL, 2001, 2003).

Conforme Monteiro (2017), a humanização na UTI, compreende um conjunto de ações que englobam o ambiente físico e o cuidado do paciente considerando seu contexto familiar e social, assim como uma atenção para as relações entre a tríade paciente-família-equipe. Para a autora o foco dos projetos de humanização deve ser na produção do cuidado em saúde que contemple a subjetividade dos sujeitos envolvidos (pacientes, seus familiares e profissionais de saúde), somado à qualidade da assistência técnica.

As repercussões da pandemia e seus múltiplos atravessamentos promoveram modificações abruptas nos percursos de humanização no ambiente hospitalar e em unidades de terapia intensiva, dentre as quais, restrição da presença de familiares e acompanhantes durante a internação (MISTRALLETTI et al., 2021). Ao discorrer sobre os benefícios e importância da presença da família durante a hospitalização em UTI, Giannini, Garrouste-Orgeas &

Latour (2014) salientam que o isolamento do paciente e o distanciamento dos seus entes queridos são algumas das causas mais associadas ao sofrimento psíquico para a díade paciente-família, entretanto, da mesma forma, a viabilização da presença está associada a sintomas ansiosos e marcadores de estresse significativamente mais baixos durante o período a hospitalização. No que se refere aos familiares, os autores dissertam sobre a manifestação de sintomas de estresse pós traumático (TEPT) e altos níveis de ansiedade e depressão nos casos em que as restrições de visitação ocorreram.

Com o intuito de minimizar o isolamento — respeitando as recomendações sanitárias e de biossegurança — viabilizar informações, contato com a família e pessoas significativas, estratégias de comunicação mediadas por tecnologia foram instauradas, mediante o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). O uso das TIC's regulamentada pelos Conselhos Federais de Medicina e Psicologia, respectivamente enquanto telemedicina por meio da Resolução CFM nº 1.643/2002 e telepsicologia através da Resolução CFP nº 04/2020, tem permitido a manutenção dos vínculos com a rede socioafetiva através de vistas virtuais realizadas por meio de chamadas de vídeo, assegurando informações da condição clínica via boletim médico, realização de reuniões com familiares para discussão sobre percursos do tratamento, promoção de saúde mental e, não raras vezes, propiciando a realização de rituais religiosos e de despedida, nas situações de fim de vida. (CRISPIM et al., 2020; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ] 2020 a, b).

A experiência HCOR

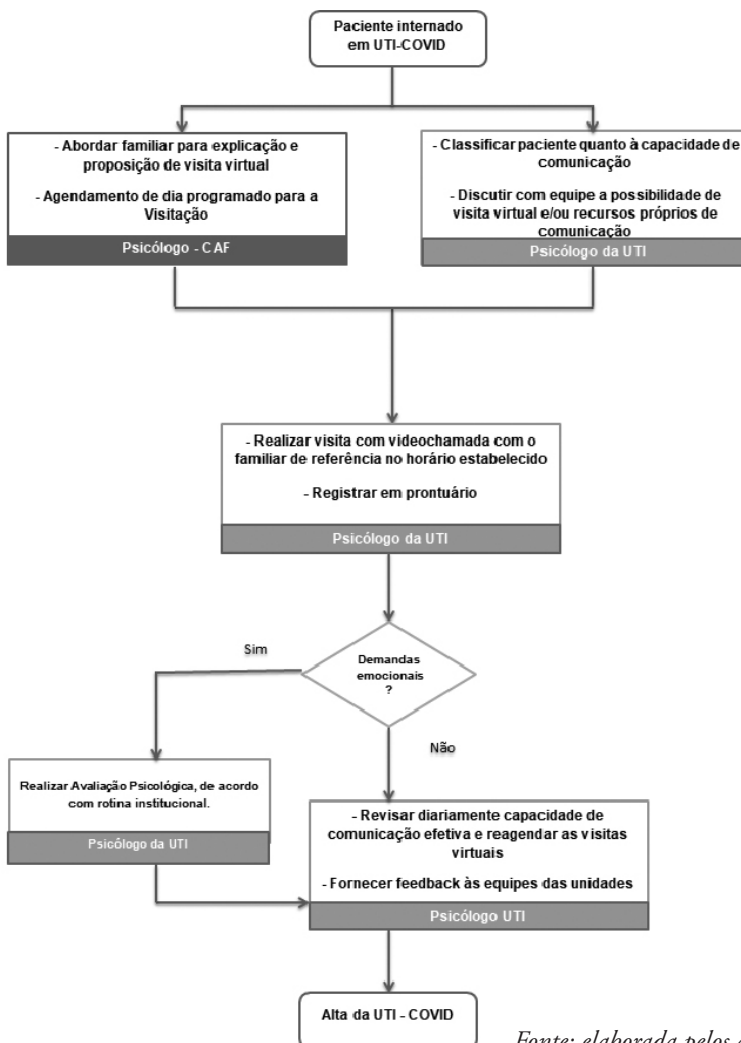
O Hospital do Coração (HCor) é uma instituição filantrópica referência na América Latina e reconhecido como hospital de excelência pelo Ministério da Saúde. Localizado em São Paulo/SP, sua Unidade de Terapia Intensiva Adulta conta com 38 leitos, tendo uma ampliação para 52 em decorrência da situação pandêmica.

Conforme apontado anteriormente, diante do contexto pandêmico deflagrado pelo novo coronavírus, reorganizações nas práticas assistenciais tornaram-se necessárias. Como alternativa à restrição de visitas presenciais e necessidade de isolamento dos pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva por decorrência da COVID-19, o hospital instituiu no mês de abril de 2020 o protocolo de visitas virtuais realizadas através de soluções tecnológicas, voltado principalmente para pacientes que não possuíam comunicação com os familiares por condições

clínicas desfavoráveis ou ausência de dispositivo próprio de comunicação (CRISPIM et al., 2020).

Dessa forma, diariamente era feito um mapeamento dos pacientes, com a respectiva classificação de sua capacidade de comunicação (Figura 1). A partir da identificação da necessidade de ajuda para comunicação com a rede socioafetiva, o Serviço de Psicologia, abordava os familiares via contato telefônico através do Centro de Acolhimento à Família (CAF) para proposição da realização de visitas virtuais.

Figura 1: Fluxo das Visitas Virtuais



Fonte: elaborada pelos autores

O CAF constitui-se de uma central telefônica desenvolvida e conduzida por psicólogos, para identificar a existência de recursos próprios de pacientes e familiares para comunicação durante a hospitalização, oportunizar a visita virtual na existência do interesse, receber solicitação de avaliação psicológica aos pacientes através dos familiares, além de identificar e acolher demandas emocionais para seguimento de acompanhamento psicológico à família durante o processo de hospitalização.

Havendo interesse na realização da chamada de vídeo e após a obtenção de consentimento, os familiares eram informados durante o contato do CAF a data e período em que a visita virtual seria realizada, deixando, portanto, registrado um pré-agendamento que seria confirmado pelo Psicólogo responsável pela videoconferência — após considerar consentimento, condição clínica e emocional do paciente, quando viáveis e a rotina da UTI. Na data do pré-agendamento, após discussão do caso com a equipe assistencial e verificação de condições favoráveis do paciente, o profissional realizava contato com o familiar de referência via tablet institucional, alinhando horário da realização da visita e prestando esclarecimentos e dúvidas que eventualmente pudessem surgir.

As visitas virtuais aconteciam com duração aproximada de 10 minutos e eram realizadas pelo profissional de referência da unidade e até dois residentes de psicologia, em dias alternados, podendo ocorrer em maior frequência, considerando a necessidade subjetiva e emocional da díade paciente-família, condição clínica com possibilidade de desfecho desfavorável e disponibilidade do profissional.

Ao longo das chamadas, havendo mobilização afetiva intensa, desconspensão emocional ou condição que demandasse intervenção psicológica imediata, tanto para o paciente, quanto ao familiar, o responsável pela mediação da visita realizava intervenções pontuais, e, em caso de necessidade, atendimento psicológico ao final da chamada de vídeo, registrando em prontuário suas condutas.

As visitas virtuais permanecem sendo realizadas, contudo, para a discussão no presente capítulo, foram retomados os dados de abril/2020 à maio/2021, tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos. Os dados quantitativos correspondem aos números absolutos de visitas virtuais realizadas, pacientes que se beneficiaram dessa intervenção, bem como outros dados sociodemográficos e clínicos, como desfecho (alta, óbito ou ainda internados) e tempo de hospitalização. Os aspectos qualitativos referem-se

à utilização das visitas virtuais como estratégia de humanização, prevenção e manejo de delirium, bem como seus desdobramentos emocionais e benefícios para pacientes, familiares e equipe de saúde, recolhidos a partir dos relatos espontâneos de pacientes, familiares e membros da equipe multiprofissional, exemplificados por vinhetas clínicas.

As visitas virtuais em números: aspectos quantitativos

Ao todo, foram realizadas 1520 visitas virtuais a 285 pacientes da UTI-COVID, sendo uma média de 26,6 visitas totais por semana e 5,3 visitas por paciente, conforme a tabela 1. A maioria dos pacientes que necessitaram das visitas virtuais eram do sexo masculino (64,2%), casados (70%), com média de 71,7 anos de idade e com tempo médio de hospitalização de 30,5 dias. Aproximadamente metade foi à óbito (49%).

Tabela 1. Dados quantitativos das visitas virtuais

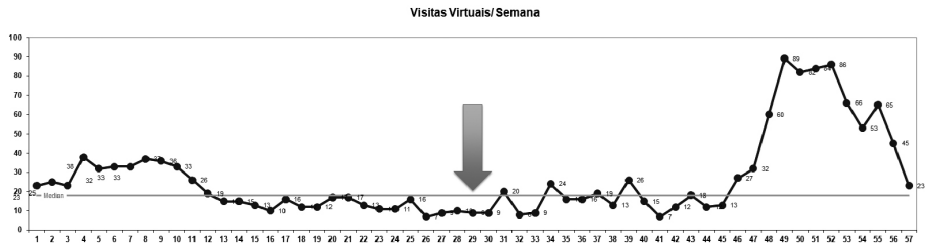
Dados	Total	Média/semana
Visitas	1520	26,6
Pacientes	285	5,3
Características	%(n)	
Masculino	64,2%(183)	
Casados	70% (200)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
Idade (anos)	71,74 (13,31)	31 - 98
Tempo de hospitalização (dias)	30,51 (22,96)	0 - 185
Desfecho	%(n)	
Óbito	49% (134)	
Alta	47% (128)	
Internados	4% (12)	

Fonte: elaborada pelos autores

O gráfico 1 apresenta o número de visitas virtuais realizadas a cada semana, a partir de 17 de abril de 2020. Observa-se que tal dado acompanha as estimativas epidemiológicas do número de casos, sendo possível identifi-

car dois grandes picos - entre as semanas 4 e 8, que compreendem os meses de maio à julho de 2020, caracterizada como a primeira onda; e entre as semanas 45 e 53, que compreende os meses de março e abril de 2021, em que se teve o pico da chamada segunda onda de COVID.

Gráfico 1: Número de visitas realizadas por semana. A seta vermelha indica o início da segunda onda, em novembro de 2020



Fonte: elaborado pelos autores

Quando comparados os dados da primeira (semana 1 à 28) e segunda (semana 29 em diante) onda, observa-se um aumento expressivo no número total de visitas virtuais realizadas, bem como na mediana semanal. Além disso, é possível identificar algumas diferenças nos perfis dos pacientes das duas ondas, conforme a tabela abaixo.

É importante ressaltar que para além dos aspectos epidemiológicos (número de casos diagnosticados e ocupação de leitos hospitalares), questões organizacionais também impactaram no aumento do número médio de visitas por semana: em decorrência da grande demanda, as visitas virtuais passaram a acontecer aos fins de semana e feriados.

Tabela 2: Comparativo entre Primeira e Segunda Onda

	Primeira Onda	Segunda Onda
Total de visitas	571	949
Média semanal	19,7	33,9
Mediana semanal	16,5	21,5
Total de pacientes	120	164

Características	%(n)		%(n)	
Masculino	65% (78)		63,4% (104)	
Casados	73,3% (88)		68,1% (111)	
	Média (DP)	Min-Max	Média (DP)	Min-Max
Idade (anos)	73,8 (12,8)	31 - 95	70,3 (13,7)	34 - 98
Tempo de hospitalização (dias)	33,2 (27,2)	0 - 185	28,35 (18,8)	2 - 114
Desfecho	%(n)		%(n)	
Óbito	45%% (54)		52,8% (84)	
Alta	54,2% (65)		39,6% (63)	
Internados	—		6,9% (11)	

Fonte: elaborada pelos autores

Para além dos números: aspectos qualitativos

Os potenciais benefícios das visitas virtuais se manifestam muito além dos dados quantitativos, uma vez que, têm se mostrado também como estratégia de humanização diante da necessidade de distanciamento físico, prevenção e manejo de delirium, além de intervenção frente à vivência do processo de luto por meio de rituais virtuais de despedidas.

Conforme exposto por Crispim *et al.*, (2020), no Posicionamento Oficial sobre o parecer 131045 do CREMESP feito pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) as “*visitas virtuais [acontecem] com os propósitos de mitigar o sofrimento exacerbado pelo afastamento compulsório e de preservar a centralidade do cuidado no paciente e sua família*”, explicitando, portanto, como fundamental sua realização.

Durante o período de hospitalização em UTI, pacientes podem cursar com quadro de delirium, quadro este de origem multifatorial que consiste em uma disfunção cerebral aguda com alterações flutuantes no nível de consciência, associada ao aumento da mortalidade, tempo de hospitalização, elevação dos custos hospitalares, além de comprometimento funcional e cognitivo dos seus acometidos a longo prazo. Estudos sobre sua prevalência em ambiente de Terapia Intensiva apontam quadros de delirium entre 30 à 80% dos hospitalizados e nos casos dos pacientes submetidos à ventilação mecânica.

nica em mais de 80%. (ELY, *et al.*, 2001; OUIOMET *et al.*, 2006; PISANI, 2008; SIEW, *et al.*, 2017).

De acordo com Kotfis *et al.*, (2020), os pacientes hospitalizados por COVID-19 possuem risco aumentado para o desenvolvimento do quadro de delirium em decorrência de ao menos sete fatores, sendo eles:

- Invasão direta do vírus no sistema nervoso central (SNC);
- Indução de mediadores inflamatórios no SNC;
- Efeito secundário a outras falhas dos sistemas de órgãos;
- Efeito de estratégias sedativas; ventilação mecânica prolongada;
- Imobilização;
- Outros fatores ambientais, dentre os quais, distanciamento e falta de contato com a família por ser promotor de sensação de isolamento e até mesmo facilitador de desorientação e alteração no nível de consciência do paciente.

Deste modo, a utilização de recursos tecnológicos com o intuito de diminuir o distanciamento entre pacientes e seus familiares, tem se mostrado como alternativa possível neste contexto, além de reforçar sua importância enquanto estratégia de humanização, de manejo e prevenção de delirium.

Nesse sentido, as visitas virtuais passaram a ser consideradas pelos membros da equipe da unidade como um dispositivo terapêutico, ocorrendo frequentes solicitações de realizações de visitas por parte da equipe da UTI, entendemos que esta intervenção atual colabora com o ajustamento do paciente às rotinas da unidade, com a adesão ao tratamento e com a promoção de saúde mental, conforme pode ser identificado nas falas abaixo:

- Você vão fazer videochamada com o leito 08? Ele está precisando, ‘tadinho’. Acho que vai ajudar ele a se sentir menos sozinho”.
- Hoje tem visita programada para a M.? Já falei com a família para eles incentivarem ela a comer.
- Nossa, foi muito bom ele ter falado com a família. Virou outra pessoa depois da chamada de vídeo.

A própria equipe da UTI, aparentemente, encontra nas visitas virtuais um espaço para dar lugar aos próprios sentimentos, reconhecendo-os e legitimando-os, frente às transformações das condições de trabalho.

- Se para a gente, que está aqui todo dia mas vai para casa e vê a família é difícil, imagina para eles, que nem podem abraçar ninguém da família.
- Essa ideia de vocês... Eu fico emocionada. Eu não sei como vocês conseguem, porque eu não teria estrutura [emocional] para fazer essas ligações.

Conforme apresentado anteriormente, para atender as recomendações sanitárias e de biossegurança, o distanciamento e restrição de visitas aos pacientes hospitalizados vem sendo recomendados, sendo assim, as práticas de despedida a um ente querido consideradas como parte integradora da elaboração do processo do luto, têm sido impedidas ou adaptadas. (SCHMIDT et al., 2020; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA] 2020 a, b; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ] 2020c).

Diante dos desafios impostos por estas recomendações, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que facilitem a comunicação, manutenção da rede socioafetiva, realização de práticas religiosas, expressão de afetos e condolências, bem como de atitudes que favoreçam a elaboração do luto e vivência do luto antecipatório, diminuindo os riscos de desenvolvimento de luto complicado. (SCHMIDT et al., 2020; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA] 2020 a, b; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ] 2020c; CREPALDI et al., 2020).

Tais aspectos revelam-se nos relatos dos familiares sobre as visitas virtuais:

- Foi a nossa despedida né[...] a gente nunca imagina que é uma despedida, eu agradeço [pela visita virtual] porque foi a última vez que eu vi meu pai e vi meu pai bem.
- Vocês foram nos preparando porque, tipo assim as videochamadas, foram muito importantes porque apesar de você não querer aceitar, você começa a entender que o caso é uma situação difícil, é uma situação grave.

Da perspectiva dos pacientes, o contato com os familiares configura-se como fonte de bem-estar e segurança em um cenário marcado pelo medo, pela impotência e pelo encontro com a morte. As visitas virtuais congregam, dessa forma, a possibilidade de contato com a rede socioafetiva, reestabele-

cendo o senso de pertencimento e resgatando a vida enquanto motor para o tratamento, conforme é possível resgatar das falas de alguns pacientes.

- Isso realmente mudou meu dia. Eu estava aqui, muito preocupado com eles.
- Esse trabalho de vocês é muito lindo. Muito obrigado pela sua gentileza.

DISCUSSÃO

Compreender as características epidemiológicas de uma unidade de saúde, contribui para um planejamento adequado das ações, ofertas de leitos, estratégias de prevenção e organização dos processos de trabalho da equipe. O perfil dos pacientes internados na UTI COVID-19 do HCor, que necessitaram das visitas virtuais, no período de abril a novembro de 2020, é composto em sua maioria pelo gênero masculino (65%), média de idade (73,8 anos) e permanência média de internação (33,2 dias).

A partir de novembro de 2020, início da segunda onda, até maio de 2021 foi possível observar que houve um aumento do número de internados, crescimento da taxa de óbitos (52,8%), redução no tempo de hospitalização dos pacientes nesse período (28,3 dias) e diminuição na faixa etária (70,3 anos). Diversos fatores podem ter contribuído para essas mudanças, sendo eles: o aumento importante de casos de COVID-19 nas faixas etárias de 20 a 49 anos; redução de concentração de casos nas idades mais avançadas devido a vacinação; a grande circulação de pessoas e aglomerações; bem como o surgimento de novas variantes com alto potencial de transmissibilidade e letalidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ[FIOCRUZ], 2021).

Segundo o Boletim do Observatório COVID-19 da Fiocruz (2021), a incidência de contaminação nos indivíduos mais jovens e a manutenção da mortalidade concentrada em idosos contribuiu para o cenário crítico de ocupação dos leitos hospitalares. Por se tratar de uma população com menos comorbidades, elas permanecem mais tempo internada na UTI, pois há uma evolução mais lenta dos casos graves e fatais. Esse comportamento dos indicadores de casos e óbitos indicam um rejuvenescimento da pandemia no Brasil que ao que tudo indica se sustentará por um tempo. Entender o perfil dos pacientes acometidos pelo COVID-19 em estado grave se faz necessário para favorecer uma assistência de qualidade e melhor investimento dos recursos de saúde.

Tendo em vista esse cenário e os seus impactos biopsicossociais, faz se necessário um olhar e intervenções em prol da saúde mental dos pacientes,

familiares e equipe de saúde a fim de minimizar o sofrimento derivado da pandemia da COVID-19. Nesse sentido a psicologia hospitalar é fundamental na realidade das urgências e emergências, pois pretende humanizar as práticas profissionais existentes nesse contexto. A atuação do profissional da psicologia, com sua escuta qualificada e sensível possibilita o enfrentamento dessas situações de forma ética, humanizada considerando as dimensões subjetivas dos sujeitos envolvidos.

Conforme apontado por Figueiredo (2007) o cuidado, de modo geral, pode ser exercido de maneira implicada (ações que incluem acolher/conter, reconhecer/testemunhar e interpelar) ou reservada, garantindo condições para que o objeto de cuidados possa desenvolver-se de modo espontâneo e criativo. Essa compreensão do cuidado ressalta a importância de um interlocutor qualificado (MORETTO, 2019) que possa acolher e legitimar os aspectos subjetivos ao servir como testemunha (KUPERMAN, 2017) do sofrimento, favorecendo sua elaboração.

Pode-se concluir, a partir dessas considerações, que as visitas virtuais realizadas por psicólogos configuram-se como espaço privilegiado de interação paciente-família ao acolher, reconhecer, respeitar e legitimar as diferentes e singulares manifestações das subjetividades, diferentemente do que poderia acontecer em visitas conduzidas por outros profissionais.

Para além dos efeitos nos pacientes e familiares, foi interessante observar as repercussões da realização das visitas virtuais para a equipe multiprofissional. Conforme retomado por Lafraia e Castanho (2021), as necessidades de desenvolvimento de dispositivos de elaboração do sofrimento inerente ao trabalho das equipes de saúde, o que pode contribuir para o próprio cuidado do paciente. Nesse sentido, as visitas virtuais tornaram-se também uma possibilidade dos membros da equipe de saúde entrarem em contato com os sentimentos suscitados pelo cuidado e vínculo com os pacientes, ampliando suas possibilidades de atuação ao inserir a subjetividade (própria e do paciente) na atividade profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto hospitalar e o processo de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva devido à COVID-19, potencializam o sofrimento psíquico dos pacientes e familiares, pois estes se deparam com sua solidão, dor, vulnerabilidade e possibilidade de finitude. Deste modo, as visitas virtuais

demonstraram ser uma intervenção inovadora no cenário da pandemia, colaborando com a conexão entre pacientes e familiares e agregando valor ao cuidado em saúde ao promover o cuidado integrado e centrado nas necessidades de pacientes e familiares.

A pandemia ainda está longe de seu fim e os dados apresentados compõem apenas uma faceta possível de se desenhar a partir de uma experiência circunscrita à sua realidade (hospital filantrópico da região sudoeste do país com visitas virtuais conduzidas por psicólogos hospitalares). O retrato de outras realidades pode ajudar a compor um mosaico mais completo das especificidades e efeitos que essa intervenção pode ter em diferentes instituições e populações.

É de suma importância o manejo adequado do profissional das ferramentas tecnológicas disponíveis para realização das visitas virtuais, a fim de que os processos sejam conduzidos de forma ética e segura. Além disso, a mediação do psicólogo nesse contexto por meio da palavra e escuta sensível, promove a identificação e acolhimento das demandas emocionais e novo direcionamento à angústia inerente a esse processo de adoecimento, possibilitando a elaboração desta vivência prevenindo o desenvolvimento de transtornos mentais futuros.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION BY K. WEIR (2020a). Grief and COVID-19: mourning our bygone lives. Disponível em: <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19> Acesso em: julho 2020.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION BY K. WEIR (2020b) Grief and COVID-19: Saying goodbye in the age of physical distancing. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/covid-19/grief-distance> Acesso em: julho de 2020.
- BAJWAH, Sabrina et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J.* Apr.23; 55(4):2000815, 2020. Disponível em: <https://doi:10.1183/13993003.00815-2020>. Acesso em: junho de 2021.
- BATISTA J. Laços no Desenlace ou Desenlace dos Laços? Refletindo sobre Família, Luto e UTI. In: *Do nascimento à morte: novos caminhos na prática da Psicologia Hospitalar*. Atheneu, São Paulo, 2015.
- BIRMAN, Joel. O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. 1ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020.
- BRASIL (2002). CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM no. 1.643/2002. *Diário Oficial da União*. 26 de agosto de 2002;164(1):205

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2020). Resolução nº 04, de 26 de março de 2020. Regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília: Disponível em:<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333>. Acesso em: junho de 2021.
- CREPALDI, Maria Aparecida et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 37, e200090, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>. Acesso em: fevereiro de 2021.
- CRISPIM, Douglas et al. Visitas virtuais durante a pandemia da COVID – 19:Dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia. Associação Médica de Minas Gerais (AAMG), 2020. Disponível em:[Visitas-virtuais-COVID-19.pdf \(coren-sp.gov.br\)](#). Acesso em: maio de 2021.
- EISMA, Maarten C.; TAMMINGA, Aerjen. Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *J Pain Symptom Manage*.Dec;60(6):e1-e4,2020. Disponível em: <https://doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>.Acesso em: maio de 2021.
- E W, Ely et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med*. 2001 Dec;27(12):1892-900.Disponível em: <https://doi: 10.1007/s00134-001-1132-2>. Acesso em: maio de 2021.
- FERGUSON, Neil M. et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand.Disponível em:<https://doi.org/10.25561/77482>. Acesso em: maio de 2021.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio. A metapsicologia do cuidado. *Psyche*, São Paulo, v. 11, n. 21,p.13-30,dez.,2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: junho 2021.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020a). Recomendações aos psicólogos para atendimento online. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19. Disponível em: [livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf](#). Acesso em: maio de 2021
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020b). A quarentena na COVID-19: Orientações e estratégias de cuidado. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19. Disponível em: [livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf](#). Acesso em: maio de 2021
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020c). Processo de luto no contexto da COVID-19. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID. Disponível em: 60 <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-eAtenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-daCovid-19.pdf>. Acesso em: maio de 2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2021). Boletim do Observatório COVID-19: semanas epidemiológicas 10 e 11. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-do-observatorio-covid-19-fiocruz-semanas-10-e-11-de-2021>. Acesso em: junho de 2021.
- GIANNINI, Alberto; GARROUSTE-ORGEAS, Maité; LATOUR, Jos M. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Medicine*, 40(5), 730–733, 2014. Disponível em: <https://doi:10.1007/s00134-014-3267-y>. Acesso em: maio de 2021.

- KOTFIS, K., Williams Roberson, S., Wilson, J.E. et al. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Crit Care*24, 176, 2020. Disponível em:<https://doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x>. Acesso em: maio de 2021.
- KUPERMAN, D. Os tempos do trauma e os tempos do cuidado. In: Perez, G. H.; Ismael, S. M. C.; Elias, V. A.; Moretto, M. L. T. (orgs). *O tempo da vida e a vida do nosso tempo: repercussões na psicologia hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2017.
- LAFRAIA, L. M.; CASTANHO, P. Sonha-se em equipe? Ágora: estudos em teoria psicanalítica. Vol. XXIV(1), pp. 82-90, 2021.
- Ministério da Saúde (2001). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2003). Manual do Humaniza SUS Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/humanizaus>. Acesso em: junho de 2021.
- MISTRALETTI G, Giannini A, Gristina G, Malacarne P, Mazzon D, Cerutti E, Galazzi A, Giubbilo I, Vergano M, Zagrebelsky V, Riccioni L, Grasselli G, Scelsi S, Cecconi M, Petrini F. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Crit Care*. 2021 Jun 2;25(1):191. doi: 10.1186/s13054-021-03608-3. PMID: 34078445; PMCID: PMC8171999.
- MONTEIRO, Mayla Cosmo. *A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena*. 1 ed. Curitiba: Appris, 2017.
- MORETTO, Maria Lívia Tourinho. *Abordagem Psicanalítica do Sofrimento nas Instituições de Saúde*. São Paulo: Zagodoni, 2019.
- OUMET, Sébastien et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med*.Jan;33(1):66-73, 2007. Disponível em:<https://doi: 10.1007/s00134-006-0399-8>. Acesso em: maio de 2021.
- PISANI, Margaret A. Delirium assessment in the intensive care unit: patient population matters. *Crit Care* 12, 131, 2008. Disponível em:<https://doi.org/10.1186/cc6847>. Acesso em: maio de 2021.
- SCHMIDT, et al. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, Disponível em: <https://1678-9865-estpsi-37-e200063.pdf> (scielo.br). Acesso em: maio de 2021.
- SIEW, Edward D. et al. Acute kidney injury as a risk factor for delirium and coma during critical illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 195(12):1597–607, 2017. Disponível em: <https://10.1164/rccm.201603-0476OC>. Acesso em: junho de 2021.

Comprometimento Cognitivo e Neuropsicológico: efeitos da infecção pela COVID-19

*Mariana Rezende Alves de Oliveira;
Tatiane Santana Prado Ferraresi;
José Aparecido Da Silva;
Rosemary Conceição dos Santos*

Com a crise sanitária desencadeada pela pandemia da Covid-19, um modelo sustentável de assistência médica, chamado medicina cognitiva, já proposto por Rincón (2003) envolvendo cuidados médicos e medicina psicossomática, foi retomado por Wallin et al (2018), acrescentando-se ao modelo inicial a capacidade de um profissional perceber um paciente em todas as suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, a estas respondendo com um tratamento eficaz e abrangente, capaz de explicar a existência de múltiplos e contínuos mecanismos de feedback para autoavaliação, autorreparo e autogeração.

Nesta retomada, Wallin et al. (2018) recomendam ser necessário desenvolver o conceito de medicina cognitiva como um grande guarda-chuva, de forma que o mesmo englobe diferentes aspectos da cognição entre diferentes condições de saúde e doenças. Com isso, haveria uma maior possibilidade de fundir e aumentar o conhecimento produzido de diferentes áreas científicas com o propósito de prevenir, diagnosticar, lidar e intervir no declínio cognitivo. Eles definem medicina cognitiva como um campo de conhecimento e uma área de pesquisa focada na identificação, prevenção e tratamento das incapacidades e declínio cognitivos.

Os autores acrescentam que as principais tarefas de pesquisa em medicina cognitiva são: a) descobrir os mecanismos celulares e moleculares subjacentes ao declínio das funções cognitivas, b) determinar a prevalência e incidência das disfunções cognitivas em populações epidemiológicas e populações de pacientes, c) avaliações econômico-sanitárias das deficiências cognitivas, e d) estudos de intervenção para investigar os efeitos dos tratamentos médicos e intervenções nos estilos de vida. Em adição, novos instrumentos necessitam ser desenvolvidos, tais como procedimentos de diagnósticos de baixa e alta tecnologia para perfis cognitivos, imageamento, bioquímicos e genéticos. O conhecimento da medicina cognitiva também será útil para clarificar o papel das atuais clínicas mnemônicas, para estabelecer unidades de cuidados de saúde para pacientes com doenças associadas ao declínio

cognitivo e para implementar programas educacionais para a especialidade médica em medicina cognitiva.

Existe uma pluralidade no envelhecer, em relação a preservação, isso porque ao longo da vida as pessoas diferem em relação a sua funcionalidade e no domínio de conhecimento e habilidades relevantes (Malloy-Diniz, Fuentes e Cosenza, 2013). No entanto, Hertzog, Kramer, Wilson e Lindenberger (2009) afirmam que em habilidades cognitivas dominadas ao longo da vida, e que continuam a ser executadas na terceira idade, podem ter níveis ótimos de funcionamento em idosos, além de, ao longo de envelhecimento, continuarmos tendo a capacidade de apreender novas habilidades.

A evidência a respeito de condições médicas poderem prevenir ou reverter a função cognitiva é ainda escassa e complicada. Certas condições podem resultar em declínio cognitivo agudo e severo, com a possibilidade de, em alguns casos, recuperar algumas daquelas funções cognitivas ao longo do tempo. Para outras condições, particularmente aquelas onde a prevenção e tratamento precoce constituem o foco, há ainda muito desconhecimento se os esforços de prevenção e de tratamento levam à melhoria na saúde cognitiva e como estes esforços afetam o declínio cognitivo ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, em algumas condições clínicas, os benefícios do tratamento são convincentes, independente da questão de tratamentos cognitivos demonstrando eficácia sobre a cognição não serem necessários ou eticamente justificáveis.

Neste contexto, as disfunções cognitivas acarretadas pela Pandemia da Covid-19 tornaram-se um sério problema no domínio da Medicina Cognitiva, com elevada quantidade de pessoas que foram infectadas, no Brasil quase 35 milhões de pessoas, dentre elas muitas tendo manifestado comprometimento cognitivo de curto e de longo-prazo como, por exemplo, de memória, de atenção e de concentração, além, até mesmo, de inteligência. Funções, estas, extremamente relevantes no cotidiano humano.

Uma vez que as capacidades cognitivas podem ser alteradas, ou diminuídas, no cérebro humano de modo natural, por ocasião do envelhecimento humano, levando a mudanças comportamentais, afetivas e até sociais, lesões ou infecções diretas no sistema nervoso central (SNC), bem como doenças neurodegenerativas e psiquiátricas, como Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson, podem levar a um declínio cognitivo significativo nas mesmas, ainda que o indivíduo não se encontre em idade mais avançada. Acerca disso, desde o início da pandemia, há uma extensa pesquisa sobre o SARS-CoV-2

e seu mecanismo neurotrópico. Estudos recentes vêm trazendo evidências da incidência de sequelas neurocognitivas após a infecção pelo SARS-CoV-2, a saber, um conjunto de sintomas pós infecção denominado Covid Longa, persistente por, no mínimo, 12 semanas e não justificado por diagnósticos alternativos. Dentre os sintomas mais prevalentes da Covid Longa está o comprometimento de funções cognitivas como memória, processamento de informações e confusão mental. Permanece, no entanto, pouco claro ainda quais são os mecanismos neurológicos e psicológicos decorrentes da infecção pela COVID-19.

Funções Executivas e Cognição

Uma vez que a função cognitiva pode ser reconhecida como habilidade mental ou inteligência, refere-se, a mesma, às funções psicológicas que envolvem armazenamento, seleção, manipulação e organização de informação e planejamento de ações (Batty et al., 2021a; Blazer et al., 2015). Estas, por ocasião de “especializarem” as funções cognitivas para o planejamento e execução de tarefas, passando a serem chamadas, então, de funções executivas (FE), atuantes como direcionadoras do funcionamento da atividade cognitiva, ação, esta, na qual passam a envolver atividades distribuídas em diferentes regiões, circuitos neurais e sistemas de neurotransmissão, como, por exemplo, as vias dopaminérgicas relacionadas à memória operacional, à atenção, ao controle inibitório, ao planejamento, à flexibilidade cognitiva e à tomada de decisão (Fuentes, 2014).

Malloy-Diniz et. al. (2015), colocam que os prejuízos em relação a concentração, memória e velocidade de processamento correlacionam-se com o conjunto de funções cognitivas chamado FE e defendem este conjunto de habilidades que influenciam de modo significativo na qualidade de vida das pessoas. Por sua vez, em Blazer et al. (2015), as capacidades cognitivas sendo afirmadas como passíveis de serem alteradas ou diminuídas no cérebro humano de modo natural, pelo envelhecimento humano, levando a mudanças comportamentais, afetivas e até sociais, o mesmo podendo ocorrer por lesões ou infecções diretas no Sistema Nervoso Central (SNC), bem como por doenças neurodegenerativas e psiquiátricas (como Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson), que podem levar a um declínio cognitivo significativo, mesmo que o indivíduo não se encontre em idade mais avançada – acima dos 70 anos de idade, como mostra a literatura (Alonso-Lana et al., 2020; Troyer et al., 2020; Blazer et al., 2015; Sternberg, 2008).

O comprometimento cognitivo, portanto, uma vez afetando para além do conjunto de habilidades que compõem as FE, a saber, as capacidades como memória, atenção, processamento de informação, planejamento, também funções motoras, e de percepção, passam, então, a dialogar com fatores socioeconômicos como idade e escolaridade, que têm sido considerados como significativos quanto ao impacto no quadro cognitivo em adultos com menos de 75 anos de idade (Blazer et al., 2015). Sendo a percepção uma das funções prejudicadas no comprometimento cognitivo, fica mais difícil ao próprio indivíduo perceber que ele vem apresentando tais déficits.

A percepção, enquanto fator importante na vida humana, capaz de afetar a fidedignidade do processamento de informações ambientais e sociais que podem determinar ações diante de eventos – adversos ou não (Blazer et al., 2015; Slovic et al., 2004), traz, por sua vez, um modelo de percepção de risco que descreve as reações do indivíduo ao perigo como instintiva ou intuitiva (Slovic et al., 2004). Os riscos de determinada situação são percebidos como mais perigosos quando são incomuns, desconhecidos pela ciência, caracterizados por uma catástrofe natural ou que levam várias pessoas à morte em pouco tempo (Caserotti et al., 2021). A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem sido um fenômeno mundial no qual a percepção ao risco pode ser considerada como uma função cognitiva importante para a sobrevivência (Karlsson et al., 2020).

Considerando a percepção de risco em casos de epidemias ou pandemias, as dimensões afetivas encontradas permeiam o medo, a preocupação e a ansiedade (Taylor, 2019; Karlsson et al., 2020). Citando a gripe comum como exemplo, essa comumente induz a uma percepção de baixo risco, uma vez que as pessoas estão familiarizadas e, provavelmente, já contraíram gripe em algum momento, além dessa ser uma doença que não possui um curso letal, ou que, que não evocará componentes afetivos intensos (Caserotti et al., 2021).

COVID-19 - Comprometimento Cognitivo e Neuropsicológico

Declínios nestas habilidades cognitivas, observados em pacientes com histórico de infecção sintomática em variados níveis, levaram Del Brutto et al. (2020) a observarem declínio cognitivo em pacientes com história de infecção sintomática leve por SARS-CoV-2. Ao longo do período pandêmico, alguns trabalhos apontando que SARS-Cov-2 é capaz de causar sintomas neurológicos, com potencial de invadir o SNC (Alonso-Lana, Marquié,

Ruiz, & Boada, 2020; Ferrarese et al., 2020). Por sua vez, invadido o SNC, esse mesmo vírus pode causar alterações segundo Wu et al. (2020), processo, este, passível de ocorrer por vias circulatórias, neuronais ou por hipóxia desencadeada por complicações no quadro, danos teciduais imunomediados, estados pró-coagulantes e pró-trombóticos.

A Organização mundial da Saúde (OMS) tem destacado que os últimos estudos mundiais sobre as consequências da infecção por SARS-CoV-2, publicados em maio de 2022, indicaram que, entre as patologias após infecção por COVID-19 estão deficiência cognitiva, vários sintomas neuropsiquiátricos, fadiga, dores de cabeça e outras queixas dentre as condições relatadas de quatro ou mais semanas após a infecção inicial (OMS, 2022 b).

Atrelado aos possíveis prejuízos cognitivos decorrentes do quadro causado pela infecção por SARS-CoV-2, há estudos evidenciando que pontuações baixas, em testes de avaliação cognitiva, estão ligadas a elevados índices de mortalidade prematura (Calvin et al., 2017). Segundo Batty et al. (2021), pessoas com maior habilidade cognitiva possuem melhor probabilidade de responderem positivamente à adesão de comportamentos saudáveis e preventivos. Ao longo da pandemia da COVID-19, estudos vêm mostrando que função cognitiva pode ser um forte preditor para o risco de internação por COVID-19, ao mesmo tempo que níveis significativos de ansiedade, depressão e um baixo nível cognitivo são considerados fatores de risco (Batty et al., 2020).

Com a continuidade da pandemia em 2021, milhares de pessoas ao redor do mundo foram infectadas e se recuperaram, mas com sequelas que podem vir a resultar em alguma deficiência ou diminuição na qualidade de vida. Esta realidade pós-infecção ao vírus tem sido reconhecida pelo termo *Covid Longa*.

A síndrome de *Covid Longa* foi definida pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) como uma constelação de sintomas que podem se desenvolver durante ou após a infecção por COVID-19, que persistam por mais de 12 semanas e não sejam suficientemente justificados por diagnósticos alternativos (NICE, 2022; WHO, 2021). Uma dessas sequelas observadas por estudos recentes é o comprometimento cognitivo causado pela infecção por SARS-CoV-2 (OMS, 2022; Batty et al., 2021; Eurasquin et al., 2020; Alonso-Lana et al., 2020).

Dentro do quadro provocado pela COVID-19, em média 50% dos pacientes hospitalizados apresentam encefalopatia (Liotta et al., 2020), quadro,

este, que pode provocar déficits cognitivos ainda não totalmente esclarecidos pela literatura. O trabalho de Graham et al. (2021) sinalizaram prejuízos cognitivos, relatando que, em média, metade dos pacientes apresentaram o exame neurológico anormal com problemas na memória de curto prazo e atenção, sugerindo que medidas de memória operacional (MO) e atenção podem ser diferenciais na distinção entre pacientes pós-COVID-19 com “*long haulers*”.

Há muito se sabe que os vírus respiratórios neurotrópicos resultam em patologia cerebral crônica, incluindo declínio cognitivo emergente e demência, distúrbios do movimento (Mao & Jin, 2020). O comprometimento cognitivo causado pela COVID-19 leva ao comprometimento da memória, de funções motoras, processamento de informações prejudicado, confusão mental, agravamento ou aumento da probabilidade de ocorrência de transtornos neurodegenerativos (como DA, por exemplo) e agravamento da saúde mental (aumento dos níveis de ansiedade, depressão) – fatores que afetam diretamente as disfunções cognitivas (Eurasquin et al., 2020; Mao & Jin, 2020; Cothran et al., 2020). Dentre as complicações neurológicas após a infecção por SARS-CoV-2 temos a névoa, que pode surgir na síndrome da covid longa e ter maior impacto do que a própria infecção por COVID-19 (Theoharides, Cholevas, Polyzoidis, & Politis, 2021). O termo “névoa do cérebro” é usado para descrever dificuldades cognitivas persistentes que consistem em dificuldades na memória, atenção e diminuição na qualidade de vida (Graham et al., 2021).

Alterações cognitivas em pacientes que foram infectados por SARS-CoV-2 podem ser percebidas meses após a alta hospitalar e têm se mostrado presentes em pacientes que não foram internados na unidade de terapia intensiva - UTI (Ferrucci et al., 2021). Dentre as alterações descritas na literatura estão aumento da fadigabilidade e déficits de concentração, memória e a velocidade de processamento de informação mesmo após meses da alta hospitalar, o que pode interferir nas funções laborais e atividades de vida (Ferrucci et al. 2021; Zhou et al., 2020). Diversos estudos têm mostrado que o SARS-CoV-2 atinge o sistema nervoso por ataque hematogênico direto e ascensão retrógrada via fibras nervosas periféricas do trato respiratório superior (Zubair et al., 2020; Mao & Jin, 2020; Alonso-Lana et al., 2020). O SARS-CoV-2 atinge SNC usando as proteínas *spike* (PS) localizadas em sua superfície para ligar o receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) em células hospedeiras de mamíferos (Eurasquin et al., 2020; Mao et al., 2020; Hoffmann et al., 2020).

Sugere-se também que a grande fluxo de citocina causado pelo SARS-CoV-2 – que possui alto potencial neuro invasivo – pode comprometer a barreira hematoencefálica e levar a uma resposta inflamatória no cérebro e, eventualmente, à morte celular (Hewitt et al., 2021). Há evidências de morte neuronal após infecção cerebral por SARS-CoV-1 via bulbo olfatório em modelos animais (Netland et al., 2008). Estes sintomas também são citados em documento que trata de forma global sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19, emitido pela Organização Mundial de Saúde (2022 b),

Em estudo realizado por Delgado-Alonso et al. (2022) com 50 pacientes que relataram queixas cognitivas três meses após a infecção, estes relataram uma frequência de prejuízo cognitivo três vezes maior do que uma população cognitivamente saudável. O prejuízo cognitivo foi visto nas avaliações em fatores como atenção, funções executivas, velocidade de processamento, memória de trabalho, inibição, processamento visuoespacial (Delgado-Alonso et al., 2022). Neste mesmo estudo, no entanto, escores altos para ansiedade e depressão não indicaram correlação com comprometimento cognitivo (Delgado-Alonso et al., 2022).

Em uma revisão sistemática realizada por Vandelind et al. (2021), chegou-se à conclusão de que uma parte significativa da amostra dos 33 estudos selecionados apresentava baixa performance cognitiva nos domínios da atenção, funções executivas e memória, como também demonstrou o estudo de Delgado-Alonso et al. (2022). Fatores como baixo status sócio econômico e escasso acesso a serviços de saúde, que podem levar a baixa testagem e tratamento a COVID-19, são tidos como fatores que possuem alto impacto nos níveis de comprometimento cognitivo (Delgado-Alonso et al., 2022; Hewitt et al., 2021). Em um estudo de metanálise e revisão sistemática realizado com 81 artigos que pesquisaram o tema na Europa, América do Norte, América Central e América do Sul, evidenciou-se que uma proporção significativa das populações apresentou comprometimento cognitivo, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre populações que foram hospitalizadas e que não foram (Ceban et al., 2022).

No geral, em 53 dos 81 estudos analisados pesquisadores mostraram fatores associados com o aumento da incidência da *Covid Longa*. O gênero feminino foi associado como fator de risco para comprometimento cognitivo fadiga crônica pós COVID-19 (Ceban et al., 2022). Neste estudo os autores apontaram que apenas 14 artigos investigaram inflamação periférica em pa-

cientes com COVID-19 e apontaram a limitação de que o estresse crônico por fatores sócio-econômicos é considerado como fator de risco para prejuízo cognitivo, sendo difícil delimitar se as sequelas cognitivas não existiam e foram intensificadas pela infecção do SARS-CoV-2 (Ceban et al., 2022).

Com a abrangência mundial da infecção por Sars-Cov-2 e o grande número de pessoas já infectadas, estudos evidenciado a possibilidade de neuropatias em pacientes que se recuperam do quadro de infecção pós-covid-19, o que seria causado pela inflamação pós-infecciosa que, em geral, instala-se após a fase aguda da doença (Abu-Rumeileh, Abdelhak, Foschi, Tumani, & Otto, 2021). Mesmo com anos após o início da pandemia, ainda não conseguimos mensurar o impacto a longo prazo da infecção na saúde das pessoas e nos sistemas de saúde em todo o mundo, com alguns trabalhos iniciais indicando que uma parte da população infectada experimenta complicações (OMS, 2022).

O conjunto de prejuízos nas FE pode ser chamado de síndrome dissexecutiva e tem sido descrito em pacientes que precisaram ser internados em UTI por consequência de infecção aguda por Sars-Cov-2 (Helms et al., 2020). Para estes autores, a síndrome dissexecutiva no pós-covid se exhibe com comportamentos de desatenção, desorientação e/ou movimentos mal organizados (Helms et al., 2020).

CONCLUSÃO

Os prejuízos cognitivos decorrentes da infecção por Sars-Cov-2 têm se mostrado heterogêneos em termos de funções cognitivas, com prejuízos que são mostrados por estudos em uma grande gama de funções cognitivas, principalmente as FE, aspectos de motores, percepção e alterações psiquiátricas. O que gera grande impacto nas atividades laborais e pessoais. Este cenário revela-se inusitado, com possíveis impactos sociais ainda não mensuráveis, dada ainda a presença da pandemia de Covid-19 e a magnitude de infectados em todo o mundo que atualmente se recuperam da doença ou ainda estão se infectando ou infectando.

Estes prejuízos de âmbito neurológico e psiquiátrico parecem estar atingindo pessoas de diferentes idades, com infecção leve, moderada e grave. Com consequências após a infecção tendo sido descritas em sua maioria em adultos e idosos. No contexto pandêmico, faltam estudos que possam especificar como se dará a evolução desses quadros a longo prazo, se estes déficits

são gerais ou pontuais em algumas habilidades cognitivas específicas e se temos remissão destes prejuízos cognitivos verificados nos estudos realizados ao longo da pandemia.

Ainda existem muitas perguntas a serem respondidas, mas o que podemos verificar nos estudos é que existem prejuízos cognitivos em pacientes após infecção por Sars-Cov-2 e que estes têm impactado a saúde e a qualidade de vida das pessoas em todo o mundo. Com o advento da pandemia e de centenas de pessoas no Brasil agora possuírem grandes chances de desenvolverem consequências neurocognitivas e psicológicas após se recuperarem, estudos exploratórios e de mapeamento se tornam essenciais.

Assim, há limitações nos estudos recentes devido a escassez de informações disponíveis sobre o desenvolvimento, duração e avaliação dessas consequências da COVID-19. Estudos exploratórios, bem como estudos longitudinais que combinem avaliação cognitiva e multimodal (estudos de neuroimagem, mensurações imunológicas ou com biomarcadores) para mensurar e possibilitar a elaboração de estratégias para tratamento e recuperação efetivas, se fazem necessários.

REFERÊNCIAS

- Alonso-Lana S, Marquié M, Ruiz A and Boada M (2020) Cognitive and Neuropsychiatric Manifestations of COVID-19 and Effects on Elderly Individuals with Dementia. *Front. Aging Neurosci.* 12:588872. doi: 10.3389/fnagi.2020.588872
- Batty, G. D., Deary, I. J., & Gale, C. R. (2021). Pre-pandemic cognitive function and COVID-19 mortality: prospective cohort study. *European journal of epidemiology*, 36(5), 559–564. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00743-7>
- Blazer, D. G., Yaffe, K., Liverman, C. T., Committee on the Public Health Dimensions of Cognitive Aging, Board on Health Sciences Policy, & Institute of Medicine (Eds.). (2015). *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*. National Academies Press (US).
- Calvin, C. M., Batty, G. D., Der, G., Brett, C. E., Taylor, A., Pattie, A. et al. (2017). Childhood intelligence in relation to major causes of death in 68 year follow-up: prospective population. study *BMJ*, 357 ;j2708. doi:10.1136/bmj.j2708
- Caserotti, M., Girardi, P., Rubaltelli, E., Tasso, A., Lotto, L., & Gavaruzzi, T. (2021). Associations of COVID-19 risk perception with vaccine hesitancy over time for Italian residents. *Social science & medicine (1982)*, 272, 113688. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113688>
- Ceban, F., Ling, S., Lui, L., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., Di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblat, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V., & McIntyre, R. S.

- (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 101, 93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>
- Cothran, T. P., Kellman, S., Singh, S., Beck, J. S., Powell, K. J., Bolton, C. J., & Tam, J. W. (2020). A brewing storm: The neuropsychological sequelae of hyperinflammation due to COVID-19. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 957–958. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.008>
- Del Brutto, O. H., Wu, S., Mera, R. M., Costa, A. F., Recalde, B. Y., & Issa, N. P. (2021). Cognitive decline among individuals with history of mild symptomatic SARS-CoV-2 infection: A longitudinal prospective study nested to a population cohort. *European journal of neurology*, 28(10), 3245–3253. doi: 10.1111/ene.14775
- Delgado-Alonso, C., Valles-Salgado, M., Delgado-Álvarez, A., Yus, M., Gómez-Ruiz, N., Jorquera, M., Polidura, C., Gil, M. J., Marcos, A., Matías-Guiu, J., & Matías-Guiu, J. A. (2022). Cognitive dysfunction associated with COVID-19: A comprehensive neuropsychological study. *Journal of psychiatric research*, 150, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.033>
- Diamond, A. (2006). The early development of executive functions. In E. Bialystok & F. Craik (Eds.), *Lifespan cognition: Mechanisms of change* (pp. 70–95). New York: Oxford University Press.
- Erausquin, G. A., Snyder, H., Carrillo, M., Hosseini, A. A., Brugha, T. S., Seshadri, S., & CNS SARS-CoV-2 Consortium (2021). The chronic neuropsychiatric sequelae of COVID-19: The need for a prospective study of viral impact on brain functioning. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 17(6), 1056–1065. <https://doi.org/10.1002/alz.12255>
- Ferrucci, R., Dini, M., Groppo, E., Rosci, C., Reitano, M. R., Bai, F., ... & Priori, A. (2021). Long-lasting cognitive abnormalities after COVID-19. *Brain Sciences*, 11(2), 235. doi: 10.3390/brainsci11020235
- Fuentes, D. (2014). *Neuropsicología: Teoría e Práctica*. ArtMed, (2ª Ed).
- Graham, E.L., Clark, J.R., Orban, Z.S., Lim, P.H., Szymanski, A.L., Taylor, C., DiBiase, R.M., Jia, D.T., Balabanov, R., Ho, S.U., Batra, A., Liotta, E.M. and Korálnik, I.J. (2021). Persistent neurologic symptoms and cognitive dysfunction in non-hospitalized Covid-19 “long haulers”. *Ann Clin Transl Neurol*, 8: 1073-1085. doi: 10.1002/acn3.51350
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H., Clere-Jehl, R., Schenck, M., Kummerlen, C.... Meziani, F. (2020). Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *The New England journal of medicine*, 382(23), 2268–2270. doi: 10.1056/NEJMc2008597
- Hertzog, C; Kramer, A.F; Wilson, R.S, Lindenberger, U. (2008). Enrichment Effects on Adult Cognitive Development: Can the Functional Capacity of Older Adults Be Preserved and Enhanced? *Psychol Sci Public Interest*. Oct;9(1):1-65. doi: 10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x. Epub 2008 Oct 1. PMID: 26162004.
- Hewitt, K. C., Marra, D. E., Block, C., Cysique, L. A., Drane, D. L., Haddad, M. M., Łojek, E., McDonald, C. R., Reyes, A., Eversole, K., & Bowers, D. (2022). Central Nervous System Manifestations of COVID-19: A Critical Review and Proposed

- Research Agenda. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 28(3), 311–325. <https://doi.org/10.1017/S1355617721000345>
- Hoffmann, M., Kleine-Weber, H., Schroeder, S., Kruger, N., Herrler, T., and Erichsen, S. (2020). SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell* 181, 271–280.e8.
- Karlsson, L. C., Soveri, A., Lewandowsky, S., Karlsson, L., Karlsson, H., Nolvi, S., Karukivi, M., Lindfelt, M., & Antfolk, J. (2021). Fearing the disease or the vaccine: The case of COVID-19. *Personality and individual differences*, 172, 110590. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110590>
- Liotta, E. M., Batra, A., Clark, J. R., Shlobin, N. A., Hoffman, S. C., Orban, Z. S., & Koralnik, I. J. (2020). Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Annals of clinical and translational neurology*, 7(11), 2221–2230. doi: 10.1002/acn3.51210
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Abreu, N., & Fuentes, D. (2015). Neuropsicologia: aplicações clínicas. Porto Alegre: Artmed.
- Malloy-Diniz, L. F.; Fuentes, D.; Consenza, R. M. (2013). *Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma Abordagem Multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Mao XY, Jin WL. (2020). The COVID-19 pandemic: consideration for brain infection. *Neuroscience*. 437:130-131.
- National Institute for Health and Care Excellence (2022). COVID-19 rapid guideline: managing the longterm effects of COVID-19.[<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>]
- Netland, J., Meyerholz, D. K., Moore, S., Cassell, M., and Perlman, S. (2008). Severe acute respiratory syndrome coronavirus infection causes neuronal death in the absence of encephalitis in mice transgenic for human ACE2. *J. Virol.* 82, 7264–7275. doi: 10.1128/jvi.00737-08
- Organização Mundial de Saúde. (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organização Mundial de Saúde. (2022 b). Terceira rodada da pesquisa de pulso global sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19: novembro – dezembro Relatório provisório. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV_EHS_continuity-survey-2022.1, acessado em 29 de junho de 2022).
- Rincón, H G. Medicina cognitiva: un modelo ecológico. *Rev. colomb. psiquiatr*, 32(3): 260-266, 2003.
- Slovic, P., Finucane, M.L., Peters, E., MacGregor, D.G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Anal.: Int. J.* 24, 311–322. <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x>.
- Sternberg, R.J. (2008). *Psicologia Cognitiva*. Trad. M.R.B. ArtMed, (5ª Ed).
- Taylor S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.

- Theoharides, TC, Cholevas, C, Polyzoidis, K, Politis, A. Long-COVID syndrome-associated brain fog and chemofog: Luteolin to the rescue. *BioFactors*. 2021; 47: 232– 241. doi: 10.1002/biof.1726
- Troyer, E. A., Kohn, J. N., & Hong, S. (2020). Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>
- Vanderlind, W. M., Rabinovitz, B. B., Miao, I. Y., Oberlin, L. E., Bueno-Castellano, C., Fridman, C., Jaywant, A., & Kanellopoulos, D. (2021). A systematic review of neuropsychological and psychiatric sequelae of COVID-19: implications for treatment. *Current opinion in psychiatry*, 34(4), 420–433. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000713>
- Ye, Q., Wang, B., & Mao, J. (2020). The pathogenesis and treatment of the 'Cytokine Storm' in COVID-19. *The Journal of infection*, 80(6), 607–613. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.037
- Zhou H, Shen D, Zhou H, et al. (2020). Guillain-Barre syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? *Lancet Neurol*; 19: 383e4
- Wallin A. et al. (2018). Cognitive medicine - a new approach in health care science. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb 8;18(1):42. doi: 10.1186/s12888-018-1615-0. PMID: 29422020; PMCID: PMC5806385.

Posfácio

A saúde mental durante e após a era das vacinas da Covid-19

Como todos nós sabemos e temos vivenciado, a pandemia da COVID-19 persiste há mais de dois anos e tem sido reconhecido que as seqüelas pós-COVID-19 têm levado à várias complicações ou mesmo doenças neurológicas, incluindo efeitos diretos e indiretos sobre o sistema nervoso central (SNC).

Há uma infinidade de evidências de déficits neurológicos, cognitivos e emocionais em pacientes com COVID-19. Sintomas neurológicos como neuroinflamação, comprometimento cognitivo, perda de olfato e acidente vascular cerebral são efeitos diretos comuns entre indivíduos infectados pela SARS-CoV-2.

Entretanto, o estresse associado ao trabalho, bloqueios e isolamentos tanto físico quanto social, bem como o distanciamento social e a quarentena como respostas impostas pelas autoridades sanitárias e governamentais comumente usadas para conter a disseminação da SARS-CoV-2 também têm afetado substancialmente a saúde mental de grande parcela das populações, independentemente da idade.

Emergências de saúde pública afetaram indivíduos e comunidades, resultando em reações emocionais e comportamentos não saudáveis. Embora, atualmente, as vacinas tenham sido amplamente distribuídas e administradas em quase todas as populações, é claro e marcante que a hesitação às vacinas ainda existe e pode ser devido a alguma forma de preocupação sobre a eficácia da vacina, contestação sobre os ensaios preliminares e à propagação exagerada e na maioria das vezes falsas acerca dos efeitos adversos, ou colaterais, associados à vacinação.

Em nossas colocações e comentários, de hoje, queremos resumir o impacto do COVID-19 no SNC destacando os efeitos diretos e indiretos, bem como os fatores que contribuem para o declínio na saúde mental das pessoas ao longo da pandemia da COVID-19 durante e após a administração da vacina. Além disso, também salientamos as razões para a hesitação vacinal e por que alguns grupos de pessoas são privados de vacinas. Por fim, alguns dos determinantes sociais da saúde mental e seu impacto nas populações desfavorecidas em tempos de crise que podem ajudar os formuladores de políticas públicas a estabelecer alguns planos de ação para mitigar a turbulência

da saúde mental da pandemia da COVID-19 durante este período e aquele que está por vir.

Os problemas de saúde mental relacionados à pandemia da COVID-19 continuam a se espalhar de forma rápida e invisível e, interessante, de forma semelhante ao coronavírus. As medidas de saúde pública necessárias para incentivar o distanciamento social e reduzir a propagação do coronavírus levaram ao aumento do isolamento social. Nosso isolamento também se mistura com a superexposição à implacável cobertura da mídia sobre a pandemia. A combinação de isolamento social, sobrecarga de informações e interrupções na vida cotidiana causaram sentimentos crescentes de luto antecipado, preocupação e ansiedade em todo o país. Além disso, o aumento da privação social, taxas de desemprego e dificuldades econômicas causadas pela pandemia estão todos ligados com o aumento das taxas de suicídio.

As crises de saúde pública normalmente expõem e exacerbam as fraquezas do sistema de saúde, e a pandemia do COVID-19 fez os dois para os sistemas de apoio à saúde mental. Certamente, a pandemia do COVID-19 tem aumentado o estresse em nosso frágil sistema de saúde mental, criando novos desafios para uma faixa mais ampla de brasileiros, levando a uma pandemia de segunda onda de crises de saúde mental.

A diminuição das oportunidades de interação social enfraquecerá os fatores de proteção das pessoas contra problemas psicossociais. Muitos procurarão usar álcool, drogas ilícitas ou outras técnicas de enfrentamento mal-adaptativas para escapar do sentimento de descontrole, solidão ou ansiedade sobre sua saúde e meios de subsistência econômicos. A escola, o trabalho e outros passeios geralmente servem como uma pausa em situações domésticas estressantes ou abusivas.

Desde que as ordens de abrigo em casa foram emitidas, inúmeros países relataram um aumento de até 50% nos relatos de violência doméstica, e especialistas em bem-estar infantil expressaram preocupação com o aumento do abuso e negligência infantil. Além disso, aqueles que mais precisam de ajuda ou com menos recursos são os que mais sofrem. As necessidades socioeconômicas de muitos adultos os forçaram a escolher entre pagar contas ou buscar apoio para suas necessidades de saúde mental. Pessoas sem acesso adequado à Internet não conseguem acessar visitas virtuais e menos pessoas podem pagar por serviços de saúde mental devido a demissões.

Além disso, aqueles que pertencem às populações mais vulneráveis, étnicos, de gênero ou sexuais, que muitas vezes enfrentam maiores barreiras ao

atendimento, continuam mais suscetíveis a maus resultados de saúde mental, discriminação e falta de acesso a serviços.

Nossas vidas diárias não retornarão ao que considerávamos normal na era pré-COVID-19, mas existem muitas oportunidades para atender adequadamente às necessidades de saúde mental da comunidade. . As medidas de distanciamento social forçaram médicos e conselheiros a realizar visitas virtuais e agora têm mais ferramentas disponíveis para alcançar os pacientes virtualmente.

Os especialistas em saúde mental devem continuar a capitalizar o aumento do interesse pela telessaúde e explorar outros caminhos para realizar visitas virtuais, especialmente porque uma sessão de telessaúde não precisa se limitar a uma videoconferência. Outros métodos de comunicação, nomeadamente mensagens de texto, também podem ser utilizados como outra ferramenta de telessaúde.

Por adição, serviços como o “Orientações de Primeiros Socorros em Saúde Mental” podem fornecer serviços de saúde mental anônimos a qualquer pessoa com acesso a mensagens de texto, a qualquer hora do dia. Outras ferramentas de aconselhamento virtual, incluindo aplicativos de bem-estar, mídias sociais e grupos telefônicos, podem ajudar a fornecer suporte para lidar com esta crise. A falta de equidade na prestação de serviços de saúde mental, sejam virtuais ou presenciais, ainda não devem ser negligenciadas, pois quem não tiver acesso à internet ou outros serviços e dispositivos de telecomunicações achará esses serviços inacessíveis.

Os fatores sociais de saúde, bem-estar mental e saúde física estão todos interligados e devem ser avaliados e tratados em conjunto. Abordagens baseadas em equidade são necessárias para garantir que os serviços de saúde mental sejam universalmente acessíveis, independentemente de raça, renda, idioma, idade, capacidade física ou conhecimento técnico.

Recomendações adicionais podem ser implementadas agora. Isso inclui a criação de uma campanha de saúde mental anti-estigma para incentivar as pessoas a discutir suas preocupações de saúde mental e oferecer exames gratuitos de saúde mental para todas as crianças em idade escolar. Os trabalhadores comunitários locais podem ser um ponto de contato para iniciar a triagem universal para nossas populações vulneráveis, com as quais as despensas de alimentos e outras organizações de apoio já estão em contato frequente.

O trabalho futuro deve se concentrar no desenvolvimento de maneiras de monitorar a saúde mental das comunidades e o impacto do COVID-19,

integrando a saúde comportamental aos serviços de atenção primária e abordando os fatores sociais da saúde em conjunto com os serviços de saúde mental. Podemos abordar os fatores de risco social para a saúde alavancando nosso progresso atual com iniciativas visando a melhoria da saúde geral de populações vulneráveis.

A pandemia do COVID-19 é um evento de cisne negro com profundos impactos na saúde mental de toda a sociedade. Os efeitos prejudiciais do COVID-19 e do distanciamento social na saúde mental sobreviverão ao vírus e continuarão a apresentar desafios relacionados ao distanciamento social, ao ajuste a novas normas e ao enfrentamento do trauma de suportar uma pandemia. Agora é a hora de formuladores de políticas públicas e organizações de saúde concentrar seus esforços igualmente em encontrar uma maneira em que todos possam se vacinar contra a COVID-19 e garantir que as necessidades de saúde mental de todas as pessoas sejam atendidas.

Os Organizadores

Colaboradores

Adriana Aparecida Fregonese, Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo HCFMUSP. Coordenadora de Psicologia do Hospital do Coração (HCor) e Professora Instrutora de Psicologia do FCMSCSP.

Adriely Lopes de Oliveira, Mestranda em Psicobiologia na Universidade de São Paulo.

André Nicolau, Pós-doutorado em Patologia das Moléstias Infeciosas na Universidade de São Paulo.

Alejandro Carriedo Cayón, Doctor en Ciencias de la Educación y Premio Extraordinario de doctorado, Actualmente es Profesor en el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Oviedo y miembro del grupo de investigación EDAFIDES (Educación, Actividad Física, Deporte, y Salud). Tiene diversos trabajos científicos publicados en revistas indexadas en el ISI JCR, es revisor de varias revistas de impacto, y ha participado en más de 20 congresos nacionales e internacionales presentando comunicaciones y ponencias por invitación. Sus líneas de investigación se centran en los efectos de la actividad física sobre los procesos cognitivos y el rendimiento académico.

Aline Conceição Silva, Enfermeira e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São João Del Rei. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro fundador da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio. Membro do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) e Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS).

Ana Lúcia Gonçalves, Psicóloga pela Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Pedagoga. Psicopedagoga. Especialista em Trânsito. Acupunturista pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Idealizadora e Coordenadora do Projeto “Psicólogos Brasileiros Online”.

André Faro, Pós-Doutorado na Johns Hopkins University (Bloomberg School of Public Health, EUA) e Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Docente em Psicologia da UFS. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde (GEPPS/

UFS). Possui trabalhos publicados em temáticas da Saúde e Mecanismos de Ajustamento Psicológico.

Bianca Gonzalez Martins, Graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Mestre em Alimentos e Nutrição com ênfase em Ciências Nutricionais pela FCFAR-UNESP. Doutoranda do programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, atuando nos seguintes temas: Psicometria, Imagem orporal, Comportamento Alimentar, Afetividades Negativas e Estilo de **Vida**.

Camila Corrêa Matias Pereira, Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal de São João Del Rei. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) e do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do suicídio (LEPS). Membro da Coordenação Nacional do Projeto +Contigo Brasil. Membro fundador da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio.

Célio de Carvalho Pinto, Mestrando em Psicologia Clínica – UTAD.

Daiane Nunes, Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFS (PPGPSI). Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Ages (UniAges). Pesquisadora na área de Psicologia da Saúde, com enfoque em Ajustamento Psicológico e Mecanismos Psicológicos de Adaptação, especialmente, no público jovem. Membro do GEPPS/UFS.

Daiane Rosa Nunes, Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP). Especialização em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional do HCor de São Paulo (2021). Especialização em Saúde Mental pela Faculdade Unyleya (2021). Psicóloga no Hospital Unimed Jundiaí, atuando na Área Assistencial com pacientes e familiares na unidade de Terapia Intensiva, Oncologia e Cuidados Paliativos.

Denise Machado Duran Gutierrez, Graduação em Psicologia (USP/1983). Mestrado em Psicologia da Saúde (KUB/1993). Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança (IFF/FioCruz/2009). Docente Associada da Universidade Federal do Amazonas (UFAM/2002). Experiência na área de Psicologia Clínica. Coordenadora de área em Tecnologia Social no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA/

Manaus) desde 2011. Autora de quatro livros na área da interface família-saúde e educação e de diversos artigos.

Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato, Psicólogo. Doutor em Saúde Pública - Saúde da Criança e da Mulher, com ênfase em Sexualidade, Reprodução, Gênero e Saúde (FIOCRUZ). Pós-doutorando Medicina Tropical com ênfase em Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites virais na Fundação de Medicina Tropical - FMT/AM. Fellowship Faimer Philadelphia 2021. Professor e Orientador no Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família (Abrasco-Fiocruz). Professor colaborador do Programa de Mestrado e Doutorado em Medicina Tropical da FMT-HVD.

Eunápio Dutra do Carmo, Graduado em Administração pela Universidade Federal do Pará. Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA/UFPA). Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pós-Doutorado em Desenvolvimento Socioambiental do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido ((NAEA/UFPA). Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social da UFPA-Campus do Marajó-Breves. Coordenador de Pós Graduação e Pesquisa do mesmo campus. Integra o Programa Redes de Comunidades Ribeirinhas (FACSS/CUMB/UFPA) e o Grupo de Pesquisa Estado, Território, Trabalho e Mercados Globalizados – GETTAM (NAEA/UFPA).

Evaldo de Jesus Junior - Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte -UNINORTE e pós-graduado lato sensu em Terapia Cognitivo-Comportamental-UNIFIA.

Fabiana Maris Versuti, Graduada e Licenciada em Psicologia pela Unesp-Bauru/. Doutora e Mestre em Educação para a Ciência pela Unesp-Bauru. Docente no Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Pós-Doutora em Educação pela mesma instituição.

Fernando Eduardo Padovan Neto, Graduado em Ciências Biológicas pela FFCLRP-USP. Docente no Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Doutor e Mestre pelo Departamento de Neurociências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –USP.

Flávia de Lima Osório, Graduada em Psicologia pela FFCLRP-USP. Doutora em Saúde Mental pela FMRP-USP. Pós-doutora pelo Instituto

Nacional de Ciência e Tecnologia - Medicina Translacional e pela FMRP-USP (2010). Docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental (Nota CAPES 7) da FMRP-USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (nível 2). Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Flavia Maria Ferraz Sampaio Corradin, Livre Docente de Literatura Portuguesa na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Doutorado e Mestrados na Universidade de São Paulo. Atua na docência, pesquisa e orientação, com ênfase no Romantismo e no teatro português, na Universidade de São Paulo. Crítica literária, com publicações de ensaios e resenhas críticas em periódicos do Brasil e do exterior. Pesquisadora na Universidade de Aveiro, UA, Portugal.

Francisco dos Santos Cardoso, Doutor em Psicologia, Professor e Investigador na UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses – OPP.

Héctor Hugo Sánchez Carlessi, es Doctor en Psicología, especialista em psicológica educativa. Catedrático de la UNMSM, URP y em posgrado de la UNMSM, URP, Enrique Guzmán y Valle y Universidad del Centro. Past Vice rector de Investigación, autor de diversas investigaciones y publicaciones en Psicología en Educación desde el año 1973 a la fecha.

Isabella Lara Machado Silveira, Graduada em Psicologia pela UNESP/Bauru, Especialista em Psicoterapia Comportamental pela FAESA (2019), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental (Nota CAPES 7) da FMRP-USP e bolsista CAPES – PROEX.

Jaqueline Basílio Lupi, Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo. Especialização em Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Atenção Hospitalar pela Universidade de São Paulo.

João Marôco, Ph. D., Washington State University. Professor catedrático do ISPA-IU (www.ispa.pt) onde lecciona disciplinas de Estatística, Métodos de Investigação e Análise de Dados na licenciatura, mestrado. e Ph.D. ciclos de estudos. Foi convidado a realizar mais de 40 palestras e workshops em Portugal e no estrangeiro sobre Análise Estatística e Modelação de Equações Estruturais. Seus interesses de pesquisa incluem Avaliação e Desenvolvimento de Escala Psicomé-

trica, Avaliações de Alunos em Larga Escala e Aplicações de Regressão, Modelagem de Equações Estruturais e Métodos de Classificação Estatística Multivariada nas Ciências Biológicas, Sociais e Humanas.

José Aparecido da Silva, Professor Titular Sênior do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Líder e Pesquisador do Laboratório Virtual de Cognição e Leitura (LAVCOGL) da USP-RP.

José Augusto Goldoni, Psicólogo graduado pela Universidade de São Paulo. Psicanalista-USP e EBP. Especialista em Estresse e Depressão. Prática Clínica em Psicoterapia, Psicoterapia Breve e Psicanálise. Palestrante nacional e internacional em universidades e em empresas públicas e privadas. Consultor na área da promoção de saúde. Autor de várias obras nas áreas de saúde mental e de relações humanas. Experiência em Atendimento Psicológico Online. Membro do projeto “Psicólogos Brasileiros Online”.

José Salinas Reginaldo, Doutor em Educação e Currículo. Mestre em Educação: Formação de Formadores. Graduado em Psicologia e Pedagogia (2006). Docente Universitário e Pesquisador. Especialista em Intervenção Psicopedagógica e Estratégias de Inclusão em Psi_EI. Psicólogo com foco de actuação em Psicologia Escolar, Saúde e Estratégica.

Juliana Almeida da Silva Concluiu o pós-doutorado em Ciências Biológicas área de concentração: Farmacologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (2018). Atuação em Farmacologia e Neuroanatomia, com ênfase em Neuropsicofarmacologia, Neurociências e Comportamento.

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Mestrado em Alimentos e Nutrição pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Doutorado em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professor Adjunto III da Faculdade de Ciências Farmacêuticas - UNESP. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Validade de Testes, Escalas e Outras Medidas Psicológicas, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Mental, Psicometria e Comportamento Alimentar.

Katia Mejía Sáenz, Economista, Ms. Sc. In Economics, Master por la Universidad T.G.Shevchenko, la Universidad Autónoma de Barcelo-

na(UAB), y la Universidad San Martín de Porres, candidata a doctora em administraci3n de negocios globales, docente de pre grado y autora de diversas investigaciones y publicaciones.

Kelly Graziani Giacchero Vedana, Enfermeira e Doutora Ci4ncias pela Escola de Enfermagem de Ribeir3o Preto da Universidade de S3o Paulo. P3s-Doutorado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)- Portugal. Professora Doutora da EER-P-USP desde 2013. L3der do Laborat3rio de Estudos e Pesquisa em Preven3o e Posven3o do Suic3dio (LEPS) e do Centro de Educa3o em Preven3o e Posven3o do Suic3dio (CEPS). Presidente do Cap3tulo Rho Upsilon da Sigma Theta Tau Internacional - Sociedade Honor3fica de Enfermagem (2020-2021). Expertise nas 3reas de Suicidologia, Enfermagem Psiqui3trica, Literacia e Promo3o da Sa3de Mental.

Let3cia Paranhos Rios, Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense campus Volta Redonda – RJ. P3s-graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental pela CBI of Miami. Comp3e a presid4ncia e diretoria de ensino da Liga Acad4mica Interdisciplinar de Neuroci4ncias da Universidade Federal Fluminense (LINUFF). Coordenadora discente da Liga de Neuroci4ncias e Terapia Cognitivo Comportamental da Universidade Federal Fluminense filiada 3 Associa3o de Terapias Cognitivas do Rio (ATC-Rio).

L3lia Moritz Schwarcz, Gradua3o em Hist3ria pela USP. Mestrado em Antropologia Social pela Unicamp. Doutorado e Livre-doc4ncia pela USP. Professora Titular da USP. Professora s4nior do Departamento em Antropologia Social da USP. Global Scholar e Professora Visitante em Princeton. Affiliated Scholar Brazil Lab. Editora da Companhia das Letras.

L3vea Dornela Godoy, Doutora em Fisiologia pela Faculdade de Medicina de Ribeir3o Preto FMRP-USP. Mestre em Psicobiologia pela FFCLRP –USP. Bacharel em Ci4ncias Biol3gicas pela FFCLRP –USP. Licenciada em Letras pela Faculdade COC.

Lucas Arrais de Campos, Gradua3o em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. Inicia3o Cient3fica (com bolsa FAPESP) na disciplina de Fisiologia - FOAr/UNESP. Est3gio de Pesquisa no Exterior (BEPE FAPESP) na University of North Texas Health Science Center. Mestrado em Ci4ncias Odontol3gi-

cas (Ortodontia) pela Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP. Especialista em Ortodontia pelo Grupo de Estudos Ortodônticos e Serviços (GESTOS) - Araraquara. Doutorado em Ciências Odontológicas (Ortodontia). Doutorado Sanduíche (CAPES-PrInt-UNESP) na Universidade de Tampere - Finlândia. Atualmente é pesquisador no Tampere University Hospital (Finlândia) atuando nos temas de Psicometria, Aparência Orofacial e Corporal, Ortodontia, Saúde Mental e Dor.

Luís Antonio Monteiro Campos Possui graduação em Engenharia Agrônômica pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1986), graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992), mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001).

Marcelo Neubauer, Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Residência em Infectologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialização em Acupuntura pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. MBA em Economia e Gestão da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. MBA em Marketing pela Fundação Instituto de Administração.

Marck de Souza Torres, Doutorado em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Líder do Grupo de Pesquisa em Contextos Clínicos e Avaliativos certificado pela Universidade Federal do Amazonas no CNPq.

Mariana Rezende Alves de Oliveira, Mestranda no programa de pós-graduação da Psicobiologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, na USP. Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Mayra Antonelli-Ponti, Graduação em Ciências Biológicas pelo Centro Universitário Barão de Mauá. Mestrado e Doutorado em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo.

Milene Maria Xavier Veloso, Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento/UFPA. Professora Associada II da UFPA. Coordenadora do projeto de pesquisa intitulado “Violência contra crianças e adolescentes: indicadores e estratégias de enfrentamento”. Faz parte do grupo de estudos de autores de violência (GEAV) do PPGTPC/UFPA.

Mônica Alves Verlings, Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Aprimoramento em Psicologia da Saúde pelo Hospital Santa Marcelina de São Paulo. Especialização em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital do Coração (HCor). Especializanda em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Psicóloga Clínica.

Patrícia Regina Bastos Neder, Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará. Professora Assistente do curso de Medicina, na Universidade do Estado do Pará – UEPA. Coordenadora do módulo de Humanidades Médicas e do serviço do Grupo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina da UEPA - GAPEM. Atua como psicoterapeuta na análise do comportamento.

Primo Paganini, Médico Psiquiatra pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Residência Médica em Psiquiatria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psiquiatria pelo IPq do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Responsável por Medical Affairs em empresas multinacionais e nacionais. Preceptorship em Esquizofrenia (Columbia University), Transtorno Bipolar (Yale University) e Depressão (Harvard University). Membro do projeto “Psicólogos Brasileiros Online”.

Rafael Trevizoli Neves, Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Central da FMUSP. Mestrando em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Psicólogo Sênior no Hospital do Coração (HCor), atuando na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Serviço de Cuidados

- Paliativos, Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e Programa Clínicos de Artroplastias.
- Raquel Messi Falcoski**, Graduada em Psicologia pela UNAERP-RP. Coordenadora de produção e desenvolvimento de conteúdo socioemocional. Mestranda do Programa de Psicobiologia da USP-RP.
- Rian Enedino Pereira Cruz**, Estudante de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba/Brasil). Bolsista de pesquisa (PIBIC/CNPq).
- Roberta Monteiro Incrocci**, Graduada em Psicologia pela PUC-MG. Mestre e Doutoranda pela FFCLRP-USP na área de Neurobiologia do Abuso de Drogas, Eletrofisiologia e Comportamento.
- Roberta Olivério-Naegeli**, Graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo.
- Rosemary Conceição dos Santos**, Pós-Doutora em Cognição e Leitura pela USP-RP. Pesquisadora do Laboratório Virtual de Cognição e Leitura (LAVCOGL) da USP-RP.
- Silvia Maria Cury Ismael**, Doutora em Ciências pela FMUSP. Gerente de Saúde Mental do Hospital do Coração (Hcor). Coordenadora da Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular do Hcor.
- Sonia Maria Lemos**, Graduação em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo. Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade de Cruz Alta. Especialização em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social-IMS/UERJ (2019). Professora Assistente da Universidade do Estado do Amazonas. Membro da Câmara Técnica da CIRHRT/ CNS. Membro da Diretoria ampliada da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia.
- Sonia Regina Loureiro**, Graduada em Psicologia pela FFCLRP-USP. Doutora em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Docente Sênior do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental (Nota CAPES 7) da FMRP-USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (nível 1A).
- Tatiana de Lucena Torres**, Psicóloga e Professora de Psicologia na Universidade Federal da Paraíba. Mestrado e Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil. Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da

Paraíba/Brasil. Interesse pelos temas: Saúde dos Trabalhadores, Precarização no Trabalho, Aposentadoria, Idadismo no Trabalho, Clínica da Atividade, Estereótipos, Preconceitos e Representações Sociais do Trabalho.

Tatiane Santana Prado Ferraresi, Mestranda do Curso de Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia-UFU 2019- 2021. Especialista em Neuropsicologia pelo Instituto de Psicologia, comportamento e saúde -IPECS 2017/2019.

Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Mestre em Toxicodependências e Patologias Psicossociais. Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). Investigadora Principal na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Enfermagem (UICISA.E).

Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Psicóloga e Professora de Psicologia na Universidade Federal da Paraíba. Mestrado e Doutorado em Psicologia Social (UFPB). Pós-doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais/ Brasil. Coordenadora do projeto “Saúde dos trabalhadores da saúde: prevenção e cuidado”, financiado pelo CNPq. Interesse pelos temas: Saúde dos trabalhadores, Trabalhadores da Saúde, Psicodinâmica do Trabalho, Precarização no Trabalho.

Vicente Cassepp-Borges, Graduado em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2006). Doutor em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO) pela Universidade de Brasília (UnB). Agraciado com o Prêmio Estudantil da Sociedade Interamericana de Psicologia em 2007 e o Prêmio César Ades, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2013. Pós-doutorado em Psicologia Quantitativa pela University of California (Davis). Professor Associado na Universidade Federal Fluminense - Polo Universitário de Volta Redonda. Editor chefe da Revista *Interpersona: an International Journal on Personal Relationships*.

Walter Lisboa, Docente em Psicologia da UFS. Tutor de Psicologia da Residência Multiprofissional do Programa Saúde do Adulto e do Idoso do Hospital Universitário de Sergipe. Doutor pelo Programa de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Membro do

Laboratório SUCOR-USP. Líder do NEPCS/UFS – Núcleo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde Zenith Delabrida.

Zenith Nara Costa Delabrida, Docente em Psicologia da UFS. Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Ambiental e Relações Pessoa-Ambiente (ABRAPA). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Intervenção em Psicologia Ambiental - NPPA/UFS. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, com Pós-Doutorado na Universidade de Surrey. Docente do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA).

Os capítulos inseridos neste livro sumariam dados de estudos realizados na América Latina que procuraram investigar e/ou analisar variáveis que, em alguma extensão, afetaram as respostas afetivas, cognitivas, emocionais e comportamentais dos brasileiros ao longo da Pandemia da COVID-19 que já nos grassa por quase três anos.

**1º Encontro Internacional
de Saúde Mental
e as Reações Psicológicas
e Neurológicas à Covid-19**

Em 30 de janeiro de 2020, a COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um Problema Internacional de Emergência de Saúde Pública, dado que ela se disseminara para 20 países dentro apenas um mês. Em 11 de março de 2020, pelo fato de a COVID-19 ter apresentado um aumento de mais de 13 vezes no número de casos fora da China, já afetando 114 nações, e com 118.000 casos registrados, a OMS retificou a informação anterior, declarando o surto da COVID-19 como uma pandemia global.

O Painel de Controle da COVID-19 passou a registrar, diariamente, que países dos quatro quadrantes do planeta, especialmente das nações da América Latina, foram aqueles que sofreram os piores impactos provocados pela pandemia, os quais agravaram, em muito, nos países de renda mais baixa, com indicadores apontando crescentes desigualdades, entre elas, a falta de preparo para o enfrentamento da doença, sistemas de saúde frágeis e limitadas condições de sobrevivência, quadro este que resultou num aumento exponencial no número de casos de COVID-19 em países como Equador, Brasil e Peru, entre outros.

No momento em que finalizamos este livro, o Brasil alcança quase 36 milhões de casos confirmados e 690 mil óbitos acumulados. Particularmente, em alguns estados brasileiros, no ápice da pandemia, um grande número de hospitais teve seus recursos limitados especialmente onde unidades de cuidados intensivos foram necessárias. Em outros estados, onde as condições de vida eram mais pobres, a exacerbação das infecções da COVID-19 também se fez presente.

Neste cenário, um mosaico de problemas de saúde mental e aspectos emocionais têm sido registrados como provocado pela Pandemia da COVID-19 (ela é dual), incluindo seus aspectos fisiopatológicos, bem como, as restrições, a maioria delas comportamentais, impostas para mitigar a propagação do vírus nesse gigante desigual chamado Brasil. Medo de infecção, medo da morte, distanciamento social, quarentena, má-informação, particularmente as fakenews disseminadas pela mídia social, bem como, os desastres econômicos e sociais, o fechamento longo das escolas de ensino médio e fundamental e o de muitas universidades, entre muitos outros, têm causado um mosaico dolorido e sombrio de estresse psicológico e emocional.

Os três maiores eventos de saúde mental que têm grassado e afetado a população brasileira, além da população global, durante a Pandemia da COVID-19 são a depressão, a ansiedade e o estresse, especialmente entre os jovens adultos. Há também inquéritos revelando que seis em cada dez jovens na faixa de 15 a 29 anos revelaram ter sentido ansiedade nos últimos 12 meses em razão da pandemia da COVID-19.

Medo de infecção e medo de ficar doente devido à COVID-19 tem sido persistente nas mentes das pessoas de quaisquer nacionalidades, em adição ao fluxo contínuo de notícias e informações relacionadas à COVID-19 por meio da mídia social, escrita e televisiva, com hipóteses supondo que o medo da infecção foi altamente associado com ansiedade e estresse e, em menor extensão, com depressão. Além do mais, depressão, ansiedade e estresse também têm sido associados com comportamentos de saúde negativos, tais como, fumar, abuso de substâncias, inatividade física e ideação suicida.