

Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise COVID-19

O anúncio de uma pandemia (enfermidade epidêmica amplamente disseminada) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 e, posteriormente, no Brasil, no dia 16 do mesmo mês, fez com que os brasileiros comessem a encarar uma nova situação cotidiana. De um lado, o isolamento social como jamais visto, de outro, os profissionais de saúde se reinventando na dura tarefa de lidar com um inimigo invisível.

O sistema de saúde passou a conviver com um crescimento exponencial de pessoas dando entrada nos hospitais, mortes se multiplicando, turnos de trabalho com manutenção da vigília prolongada, precarização das condições de trabalho, além da necessidade de estrutura física e de equipamentos para amortecer as consequências do COVID-19.

A incerteza sobre o futuro, aliada ao desconhecimento de tratamentos eficazes, produz insegurança na dinâmica econômica, política e social, fazendo com que as soluções tenham de ser pensadas dia a dia. As consequências dessa instabilidade e insegurança dominam toda a população. Esse cenário deflagra uma crise psicológica sem precedentes, demandando dos profissionais de saúde mental acolhida e manejo terapêutico adequado em situações de crise.

Em 22 de março de 2020, a Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) constituiu um grupo de trabalho (GT) para enfrentamento da pandemia de COVID-19 com o objetivo de elaborar materiais de orientação para atuação dos psicólogos brasileiros no âmbito do enfrentamento da pandemia.

Os profissionais da saúde, indistintamente, mesmo com equipamentos de proteção, também sentiram o impacto dessa pandemia pelo medo de contrair o vírus e transmiti-lo para suas famílias, sentindo a morte muito mais presente e experimentando sentimentos de solidão, abandono, desespero e ansiedade, além de pensamentos suicidas. Tudo isso aliado ao contexto e às situações de terem que escolher a quem salvar, além da pressão esmagadora para ter sucesso no controle da doença em meio ao escrutínio público em todo o país.

O GT iniciou seu trabalho reunindo orientações técnicas para a atuação de psicólogos junto a profissionais de saúde, o que pareceu ser uma prioridade. mas em breve serão publicadas orientações para o trabalho com outros públicos e diferentes contextos, pois a pandemia trará um cenário dinâmico.

Procuramos produzir um material pertinente, relevante, claro e objetivo. Cada tópico será organizado em 4 seções que sugerem ao psicólogo que:

1. **Entenda o contexto** – uma breve descrição e apresentação de um exemplo de caso.
2. **Identifique conceitos-chave** – revisando rapidamente os conceitos que se aplicam para o contexto descrito.
3. **Conheça alternativas** – quais são as atividades do psicólogo que a literatura indica como mais pertinentes e adequadas para aquele contexto.
4. **Acompanhe.**

Essa sequência foi inspirada nos 4A para intervenção breve em tabagismo: *ask* (pergunte), *advise* (Aconselhe), *assist* (dê assistência) e *arrange* (providencie).

São orientações gerais para intervenções breves e focadas no contexto da pandemia, que poderão ser utilizadas tanto por colegas mais experientes na psicologia da saúde (que podem aproveitar a bibliografia atualizada ou utilizar o material para treinamento de equipes) quanto por colegas menos experientes, que querem oferecer acolhimento e ajuda às pessoas atingidas ou que foram surpreendidos pelas mudanças na vida de seus pacientes, clientes ou instituições mergulhados na crise provocada pela pandemia.

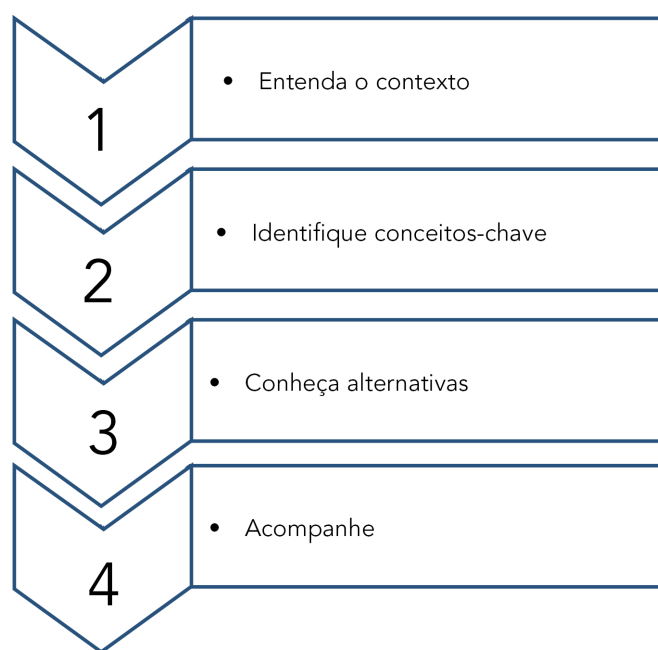


Figura 1 – Fluxo sugerido para intervenções breves e focadas contexto da pandemia COVID-19.

Internacionalmente, pesquisadores e profissionais estão trabalhando com sociedades científicas da área da psicologia para produzir materiais adequados para as necessidades de cada país e estamos atentos a essas iniciativas e contribuindo com elas por meio da SBP. Nenhum de nós passou antes por uma pandemia como a do COVID-19. A literatura científica sobre essa pandemia é pequena, mas crescente,

visto que diariamente ela tem sido alimentada por estudos recentes. Enquanto isso, temos literatura abundante, inclusive nacional, sobre as ações mais adequadas dos psicólogos em emergências, crises e desastres, bem como sobre psicologia no contexto da saúde. O GT procurou apresentar essas informações de forma direta e organizada por temas para os colegas psicólogos brasileiros. Estamos em uma crise e a ciência psicológica é a melhor fonte de informação ao profissional da psicologia.

Portanto, as orientações técnicas são baseadas na melhor evidência disponível ao conhecimento dos membros do GT. Contamos também com a colaboração de colegas consultores para avaliação do material produzido. As orientações técnicas são complementares e consoantes com as diretrizes para a prática do psicólogo regulamentadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e com o Código de Ética Profissional (Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005). Atendimentos *online* devem estar de acordo com a Resolução CFP nº 11/2018, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação (TICs), e com a recomendação do CFP do dia 24 de março de 2020, para gestoras/es públicas/os e empregadoras/es de psicólogas/os de todo o país, para que suspendam de forma imediata as atividades profissionais da categoria na modalidade presencial – com exceção àquelas que sejam, comprovadamente, de caráter emergencial.

Um dos fins da SBP é promover a pesquisa, o ensino e a aplicação da psicologia, buscando o bem estar humano. Destacamos aqui alguns elementos básicos para a prática do psicólogo no contexto da pandemia, adaptados do manual voltado para o contexto hospitalar durante a pandemia (Sá-Serafim, Do Bú, Lima-Nunes, 2020): manter a proximidade afetiva; ouvir com atenção; adotar uma postura de aceitação e acolhimento das emoções; e contribuir com o desenvolvimento de atitudes resilientes, do bem-estar psicológico e da segurança dos indivíduos, grupos e sociedade.

Esperamos que este material contribua para a aplicação dos conhecimentos da psicologia para o bem-estar dos indivíduos, dos grupos e da sociedade, seja um material inspirador para o ensino e estimule a pesquisa brasileira sobre o impacto psicológico da crise provocada pela pandemia COVID-19.

Bibliografia

1. Sá-Serafim R, Do Bú E, Lima-Nunes A (2020). Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao COVID-19. *Revista Saúde & ciência Online*.
2. IASC (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of covid-19 outbreak. Version 1.5. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19>.
3. World Health Organization (2020). Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/mental-health-considerations.pdf.pdf>.

Orientações atualizadas *online*

Sociedade Brasileira de Psicologia
<http://www.sbpsonline.org.br/>

Conselho Federal de Psicologia
<https://site.cfp.org.br/>

Ministério da Saúde
<http://saude.gov.br/>

Organização Panamericana da Saúde
<https://www.paho.org/hq/index.php?lang=pt>

Organização Mundial da Saúde
<https://www.who.int/>

Os autores

O Grupo de Trabalho para o enfrentamento do COVID-19 no âmbito da SBP foi estabelecido em 22 de março de 2020 pela Diretoria da SBP e constituído pelas psicólogas(os):

Lisiane Bizarro (coordenadora)
Ana Carolina Peuker
Cristina Miyazaki
João Gabriel Nunes Modesto
Katie Moraes de Almondes
Maria Rita Zoéga Soares
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Ribeirão Preto, 30 de março de 2020.

Este texto está disponível em <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupo-de-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>.

Estresse em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
Maria Rita Zoéga Soares

1. Entenda o contexto

Profissionais da área da saúde tem uma vulnerabilidade aumentada para o estresse, em razão das próprias características de suas profissões e ambientes de trabalho. Nesta situação de crise específica da pandemia COVID-19, longas horas de trabalho, contato constante com pessoas doentes e com a morte acentuam o desgaste físico e emocional. Além disso, há um aumento exacerbado no nível de exigências (por exemplo, número excessivo de pacientes, falta de material para a execução das atividades, receio de errar); falta de organização; baixos salários; percepção de pouco controle sobre a situação; poucos reforçadores e limitações no repertório profissional para lidar com demandas impostas pelo local de trabalho.

Exemplo clínico 1

Fernanda (nome fictício) é enfermeira e trabalhava no setor de oncologia de um hospital geral, mas agora foi deslocada para a triagem de pacientes com suspeita de COVID-19, procurou atendimento psicológico na instituição (disponibilizado *online* ou por telefone). Durante o atendimento, chorou com frequência e relatou insônia, perda de apetite, taquicardia, muita preocupação e tristeza. Fernanda está separada há cinco anos e o marido reside em outro Estado. Tem um filho de 6 anos, que está sob os cuidados de uma tia materna, em função da demanda e da quantidade de horas extras que tem que estar no trabalho. Verbalizou sentir muita falta do filho, apesar de conversar com ele pelo telefone várias vezes ao dia. Há uma semana esteve com ele, foi a última vez. Gostaria de vê-lo, mas tem medo de contaminá-lo. Apesar de todo o sofrimento, acredita ser a melhor decisão para proteger o filho.

Exemplo clínico 2

Em um hospital geral, a unidade de terapia intensiva (UTI) foi dividida em duas alas separadas: uma ala para pacientes sem COVID-19 e a outra para pacientes com suspeita de COVID-19. Em pouco tempo essas duas alas da UTI foram denominadas área “limpa” e “suja” (área com os pacientes suspeitos de COVID-19). Embora houvesse rodízio dos profissionais entre as duas áreas a cada 15 dias, comportamentos de animosidade começaram a surgir entre os grupos. Uma profissional da “área limpa” “brincou” com outra profissional que entrou nessa área para pegar um material: “você não pode entrar aqui porque é da área suja”. A profissional que havia entrado saiu chorando e posteriormente, quando as duas encontraram-se no corredor, começaram a discutir e quase chegaram a agredir-se.

2. Identifique conceitos-chave

Estresse é uma reação natural do organismo diante de situações de perigo ou ameaça, que nos colocam em estado de alerta, provocando alterações físicas e emocionais. A reação ao estresse é uma atitude biológica necessária para a adaptação às situações novas. Pode ocorrer quando o indivíduo percebe o contexto como prejudicial, ameaçador ou desafiador e que estaria além de sua capacidade de resolução.

Estressor é um evento ou situação que requer adaptação por meio de estratégias de enfrentamento, como é o caso da pandemia COVID-19.

Exemplos de sintomas e sensações apresentadas por profissionais da saúde que indicam estresse excessivo frente à pandemia do COVID-19 estão sistematizados no quadro a seguir.

Quadro 1

Fadiga/exaustão	Apatia
Irritabilidade, impaciência, agressividade	Aumento no consumo de substâncias
Desânimo, depressão	Incapacidade para relaxar
Preocupação excessiva	Perda da iniciativa
Insegurança	Tendência ao isolamento
Insônia	Dores musculares
Ansiedade	Problemas gastrointestinais

Continua

Dificuldades de atenção e de concentração	Prejuízo nas relações profissionais, familiares e sociais
Alterações de memória	Desumanização ou distanciamento

O estresse excessivo relacionado ao trabalho é denominado *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional. Veja no *Exemplo clínico 2*, em que houve uma reação desproporcional a uma brincadeira, que foi interpretada como uma micro-agressão e gerou choro e comportamento agressivo, uma “gota d’água” em um copo que estava transbordando.

O *burnout* é uma condição reconhecida pela Portaria nº 1.339 do Ministério da Saúde. Em um momento de crise, como a atual pandemia pelo COVID-19, relatos do estresse excessivo vivido por esses profissionais estão diariamente na mídia e em dados fornecidos por órgãos governamentais e de classe. Identificar esses comportamentos auxilia o psicólogo a escolher e a utilizar estratégias adequadas para o manejo do estresse.

3. Conheça alternativas

Manejo de estresse pelos indivíduos

Os princípios de terapia de uma sessão para desastres podem ser aplicados na pandemia de COVID-19. Nessas situações, ajudar pessoas e instituições o mais rápido possível é prático e ético. Na intervenção junto a indivíduos, o psicólogo terá poucas oportunidades de interação (provavelmente *online* ou telefônica), então a primeira interação poderá ser a única. Um pequeno passo pode fazer muita diferença. Por isso, além da escuta qualificada e ética, planeje para que a primeira interação seja focada em fortalecer recursos pessoais do indivíduo (estratégias de enfrentamento do estresse), em recursos e habilidades que ele tem e na promoção da resolução de problemas. Explore com ele estratégias de enfrentamento que ele já utiliza e promova a resiliência. Como fechamento desse primeiro encontro, tenha um papel ativo para que o indivíduo proponha uma conclusão e planeje o próximo passo.

As estratégias de enfrentamento do estresse visam minimizar seus efeitos, além de promover bem-estar físico e emocional. Tais estratégias são focadas no problema, na emoção e espirituais/religiosas. As estratégias de enfrentamento que o indivíduo utiliza para lidar com o estresse podem ser:

- cognitivas: pensamentos ou ideias (por exemplo, “eu estou fazendo o melhor que eu posso, também sou humano”);
- comportamentais (no *Exemplo clínico 1*, conversar com o filho no telefone);
- emocionais (no *Exemplo clínico 1*, preocupação, tristeza).

Podem ainda ser **adaptativas** (“estou fazendo o melhor para proteger o meu filho” no *Exemplo clínico 1*) ou **não adaptativas** (discutir ou agredir o colega, como no *Exemplo Clínico 2*).

O indivíduo pode estar utilizando uma estratégia de enfrentamento focada no problema: lidar diretamente com o estressor, buscando reduzir seu impacto ou aumentar recursos pessoais para lidar com as demandas. Um exemplo seria buscar ativamente informações e recursos sobre como evitar a contaminação pelo COVID-19 e tomar as precauções consideradas efetivas. No *Exemplo clínico 1*, a cliente decidiu se distanciar fisicamente do filho para não o infectar, embora esteja sofrendo com isso.

Pode também utilizar estratégias de enfrentamento focadas na emoção (tentar controlar sua resposta emocional frente ao estressor) ou focada na religiosidade ou espiritualidade, ou seja, avaliar e dar significado à situação por meio da busca pela espiritualidade (buscar o significado da vida), crenças (“Deus sabe o que faz; Deus vai me ajudar”) ou atividades religiosas (rezar com os colegas no início do turno).

Manejo do estresse pelas instituições de saúde

Se estiver trabalhando com a instituição de saúde, o psicólogo pode contribuir para reduzir o estresse excessivo no trabalho auxiliando a instituição a estabelecer estratégias adequadas, fornecendo psicoeducação sobre o problema e atendendo aqueles profissionais que já apresentam níveis elevados de estresse.

Considera-se que quando o suporte organizacional é percebido de forma positiva, gera no profissional um sentimento de valorização e satisfação, isto é, uma percepção de que a organização está comprometida e preocupada com o seu bem-estar. Isso contribui para a motivação, para o comprometimento e para o melhor desempenho profissional. O apoio institucional como recurso de enfrentamento do estresse contribui para o desenvolvimento da autoeficácia, isto é, a percepção sobre a capacidade de desempenho em atividades específicas.

Estratégias adequadas para o manejo do estresse pelas instituições de saúde incluem:

- Definir de forma clara o papel e a responsabilidade de cada profissional.
- Criar oportunidades para que os profissionais possam discutir o impacto dos casos atendidos.
- Incentivar o suporte social entre os colegas de trabalho.
- Incentivar as chefias a ouvirem as sugestões dos profissionais para aprimorar o ambiente de trabalho.
- Incentivar a civilidade, classe de habilidades sociais aceitas e valorizadas na interação com outras pessoas, como cortesia, formas delicadas de conversação, usar locuções como por favor, com licença, desculpe, seguir regras e instruções, etc.
- Fazer o rodízio dos profissionais entre ambientes de alto estresse e ambientes

com menos estresse.

- Incentivar a boa comunicação e a atualização sobre informações relevantes.
- Incentivar breves pausas para descanso durante a jornada de trabalho.
- Deixar claro para os profissionais que o estresse é natural em situações de crise como a que estamos vivendo e que sentir estresse não significa fraqueza nem incapacidade para realizar o trabalho.
- Incentivar o desenvolvimento de estratégias adequadas de manejo do estresse (atividade física, descanso e alimentação saudável).
- Apontar o risco de utilizar estratégias negativas de manejo do estresse (abuso de substâncias).
- Disponibilizar atendimento de saúde mental para os profissionais.

Psicoeducação

Tanto individualmente como institucionalmente pode-se utilizar materiais de psicoeducação sobre o estresse (o que é, suas manifestações e como pode ser enfrentado). Além disso, determinadas estratégias podem auxiliar:

- Incentivar pausas durante o trabalho (caminhada de cinco minutos, uma breve conversa com um colega).
- Discutir estratégias de manejo utilizadas anteriormente pelo profissional e que foram efetivas nesta situação.
- Fazer atividade física regular e manter uma dieta saudável.
- Respirar profundamente durante alguns minutos antes de entrar no ambiente de trabalho (ou em uma situação difícil no trabalho).
- Limitar a quantidade de notícias lidas em jornais, na televisão e em grupos de WhatsApp.
- Focar em fontes confiáveis de informação.
- Focar naquilo que está dentro de suas possibilidades – embora não seja possível controlar o COVID-19, pode-se reduzir o risco de infecção.
- Questionar pensamentos catastróficos (“o mundo está perdido”, “milhões de pessoas vão morrer”, “a vida nunca mais será como era antes”, “eu não vou suportar”) e substituir por outros mais realistas (“só posso mudar o que depende de mim e estou fazendo o meu melhor”, depois que isso tudo passar vou valorizar cada minuto junto à minha família”).
- Incentivar a busca de suporte social com amigos, familiares, colegas de trabalho, mesmo que seja de forma virtual.
- Práticas de relaxamento, meditação.

4. Acompanhamento

O contexto da pandemia assemelha-se ao de desastres e emergências, que exigem rapidez para atender oportunidades de intervenção individuais ou institucionais. Ao final de um primeiro contato (que, como salientamos, poderá ser o único), tenha um papel ativo em propor um fechamento, uma conclusão para aquele momento. Proponha que seu cliente (indivíduo ou instituição) continue em seu próprio ritmo, mas coloque-se à disposição para nova avaliação com intuito de verificar os aspectos emocionais e o repertório de enfrentamento da situação.

Instituições podem receber um acompanhamento por meio de contato com os profissionais e as chefias, fornecendo psicoeducação (*online*, WhatsApp) sobre o alto risco de estresse para todos os profissionais, bem como sobre as estratégias adequadas de manejo do estresse. Deve-se ainda orientar quando os profissionais devem procurar ajuda psicológica, que deve ser disponibilizada online ou por telefone pela instituição.

Bibliografia

1. American Psychological Association (2019). Coping with Stress at Work. Disponível em: <https://www.apa.org/helpcenter/work-stress>.
2. American Psychological Association (2020). Seven crucial research findings that can help people deal with COVID-19. Disponível em: <https://www.apa.org/news/apa/2020/03/covid-19-research-findings>.
3. Benyon, B. (2020). Stress Management and Self-Care During COVID-19: NCCN Publishes Guidelines. Self-Care and Stress Management During the COVID-19 Crisis: Toolkit for Oncology Health Care Professionals. Disponível em: <https://www.nccn.org/members/committees/bestpractices/files/Distress-Management-Clinician-COVID-19.pdf>.
4. Centers for Disease Control and Prevention (2018). Emergency Responders: Tips for taking care of yourself. Disponível em: <https://emergency.cdc.gov/coping/responders.asp>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Crises + Emergency Risk Communication. CERC in an Infectious Disease Outbreak. Disponível em: https://emergency.cdc.gov/cerc/resources/pdf/CERC_Infectious_Diseases_FactSheet.pdf.
6. Guthrie, B (2016). Single Session Therapy as a framework for post disaster practice in low and middle-income countries. *Intervention*, 14(1), 18 – 32.
7. IASC (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of covid-19 outbreak. Version 1.5. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19>.

8. Porath, C., R Pearson, C. (2013). The price of incivility. Harvard Business Review, 91 (1-2),114-121. Síntese disponível em: <https://www.civilitysaveslives.com/thebasics>.
9. United States Department of Labor. Resilience Resources for Emergency Response. Disponível em: https://www.osha.gov/SLTC/emergencypreparedness/resilience_resources/index.html.
10. World Health Organization (2020). Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/mental-health-considerations.pdf.pdf>.

Este texto está disponível em <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupo-de-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>.

Os três Ds: desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde

Katie Moraes de Almondes
Maycoln Teodoro

Fatores psicológicos desempenham um papel importante na forma como os profissionais de saúde respondem à doença e gerenciam as demandas de seu ambiente de trabalho. Identificar reações de crise e refletir sobre intervenções para o alívio emocional imediato, facilitar a adaptação, promovendo saúde mental e prevenindo o desenvolvimento ou agravamento de doenças mentais são objetivos importantes do manejo terapêutico por parte dos psicólogos no atendimento aos profissionais de saúde que estão em contexto de enfrentamento do COVID-19. As reações três Ds (desespero, desamparo e desesperança) são fatores precipitadores e mantenedores do medo, ansiedade e, até mesmo, da ideação e/ou tentativa de suicídio.

1. Entenda o contexto

Crise: estágio temporário de desorganização pela incapacidade de lidar com uma situação utilizando métodos já conhecidos para solucionar problemas. Por ser uma situação inesperada, apesar de temporária, causa sofrimento e mudanças comportamentais, cognitivas e emocionais.

Para entender o contexto das reações três Ds e referenciar as modalidades de intervenção, segue discurso do chefe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital referência no Brasil para atendimentos dos casos COVID-19, sobre a ambiência de saúde compartilhada por colegas médicos e enfermeiros na atual conjuntura.

Exemplo clínico

“Sinceramente é um clima de medo, apreensão, desesperança. Muitos de nós nos trancamos no banheiro para chorar e depois voltamos às atividades. É uma verdadeira crise. A chefia não sabe muito bem o que dizer ou fazer. Temos medo de pegar a doença e a levarmos para casa, para os filhos, para a família, enfim, para todos que nos cercam. Todos andam de máscaras e toucas pelos corredores, mas a expressão dos rostos é de medo. Não há visitas, todas foram suspensas, ficando apenas um acompanhante para cada paciente e todos ficam nos questionando se existem pessoas aqui ou acolá com o COVID. Tentamos driblar toda essa situação para que não entrem em pânico, já que esses pacientes realmente têm que estar internados. Minha colega comentou que está em frangalhos e tem pensado que essa vida não vale mais nada! Estou preocupada com ela, mas também acho que não há mais luz no final do túnel”.

A vivência de uma situação nova, imprevisível, com risco de morte e de contaminação produz ansiedade, medo e perturbações comportamentais relacionadas (irritabilidade, fadiga física e mental, crises de choro, dificuldade de se concentrar devido a preocupações, lentificação ou agitação motora expressiva). Com a situação em curso, o temor de que algo terrível aconteça é reforçado pela desestruturação física e de recursos humanos para conter a pandemia, podendo levar ao desespero, desamparo e desesperança e, eventualmente, culminar em ideias e/ou comportamentos suicidas.

2. Identifique conceitos-chave

As **reações três Ds** envolvem o comportamento de aflição, descontrole, angústia, irritação, furor (desespero); um sentimento de abandono acompanhado de uma sensação de vulnerabilidade, solidão, tristeza e medo (desamparo) e o sentimento e o pensamento de uma situação sem saída (desesperança)

O **medo** é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga. Já a ansiedade está ligada com mais frequência à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.

Ideação suicida é pensar sobre, considerar ou planejar o suicídio. O leque de ideias suicidas varia de pensamentos passageiros, pensamentos extensos, a um planejamento detalhado.

No caso descrito anteriormente, identificamos essas reações psicológicas comuns vivenciadas pelos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19 e sistematizadas no quadro a seguir.

Quadro 1

REAÇÕES	EXEMPLO DE VERBALIZAÇÃO
Medo	• Uma hora ficarei doente; • Contaminarei meus filhos.
Desespero	• Não suporto mais esta rotina; • As pessoas estão morrendo e não consigo fazer nada; • Preciso sair deste emprego.
Desamparo	• Ninguém se preocupa comigo; • A chefia não entende como funciona o dia a dia; • Não há ninguém que cuide da gente e não recebemos apoio.
Desesperança	• As coisas não ficarão melhores; • Amanhã será pior do que hoje; • Eu tento, mas sinto que não irá adiantar.
Ideação suicida	• A vida não vale a pena; • Eu não aguento mais viver assim.

O atendimento psicológico para o profissional de saúde durante a pandemia do COVID-19 precisa englobar a avaliação das condições psicológicas descritas. É importante que sejam identificadas quais são as condições de trabalho do profissional de saúde e quais são as percepções que eles possuem dela. Além disso, deve-se compreender que o modo como as pessoas reagem depende de muitos fatores, incluindo:

- natureza e severidade do(s) evento(s) ao(s) qual(ais) foi/foram exposta(s);
- vivência anterior de situações de crise;
- apoio que elas recebem (ou receberam) de outras pessoas durante a vida;
- estado de saúde física;
- histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental;
- cultura e tradições pessoais.

A partir dessa avaliação podem ser tomadas algumas medidas de intervenção psicológica que englobam desde o acolhimento e a escuta ativa até as intervenções mais específicas. Algumas delas estão descritas a seguir e podem ser utilizadas para diminuir os medos, a ansiedade, as reações três Ds (desespero, desamparo e desesperança) e a ideação suicida dos profissionais de saúde.

O enfrentamento ao COVID-19 pelo profissional da psicologia **não envolve a utilização de psicoterapia** e sim técnicas de apoio e **primeiros auxílios psicológicos**, que abrangem competências e habilidades específicas:

- formação e preparação técnica na área de atuação em urgência e emergência;
- habilidade de comunicação e trabalhos com grupos (família, comunidade);
- estabilidade emocional e autocontrole;
- capacidade para trabalhar em equipe; ser resolutivo e capacidade de tomar decisões em situações limite;
- ser conhecedor das modalidades de intervenção em crises, modalidades de apoio e planos de contenção, conhecedor da rede de saúde e da rede de apoio psicossocial.

3. Conheça alternativas

As alternativas a seguir estão alinhadas com os manuais publicados pela Organização Mundial da Saúde, artigos baseados em evidências e materiais divulgados pela Associação Americana de Psicologia sobre práticas psicológicas no sistema de saúde, em consonância com a Resolução CFP nº 11/2018, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação (TICs), e seguindo a recomendação do Conselho Federal de Psicologia do dia 24 de março de 2020 sobre a suspensão das atividades profissionais da categoria na modalidade presencial – com exceção àquelas que sejam, comprovadamente, de caráter emergencial.

Acolhimento e escuta ativa: ofereça um ambiente *online* que seja calmo, tranquilo e sem interrupções. Dê abertura para que o profissional fale sobre os seus medos e dúvidas. Identifique também as reações três Ds de desespero, desamparo, desesperança e ideações suicidas.

Psicoeducação: informe ao profissional sobre os sentimentos mais comuns nestes tempos de pandemia. Mostre a ele que outras pessoas possuem ideias semelhantes e que ele não é o único a ter essas dúvidas sobre a vida e o futuro. Também ajude as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais. O psicólogo deve se informar sobre a situação de crise, sobre quais serviços e suportes estão disponíveis e, também, sobre as questões de segurança e proteção.

Aborde o desamparo: identifique pessoas da família e do trabalho importantes na vida do profissional e avalie descrições que mostrem a falta de suporte (por exemplo, a chefia não sabe muito bem o que dizer ou fazer). Peça que ele fale sobre situações passadas que foram prazerosas e trazem boas memórias. Avalie a situação atual de desamparo. Ajude o profissional a buscar ajuda com as pessoas relevantes do círculo de amizade. Revise a rede de apoio social sempre.

Aborde o desespero e o ajude a enfrentar os seus medos: avalie quais são os temores presentes na vida do profissional de saúde (por exemplo, “temos medo de pegar a doença e a levarmos para casa, para os filhos, para família, enfim, para todos que nos cercam”). Investigue conjuntamente o risco de cada medo e o que pode ser feito para evitar que cada um deles se torne realidade. Por exemplo, o temor sobre contaminar os familiares é real. O que ele pode fazer para diminuir as chances de contaminação? Existem pessoas próximas a ele que pertencem a um grupo de risco (como idosos ou doentes crônicos)? O que ele pode fazer com relação a isso?

Foque na esperança: fique atento para sinais que denotam falta de perspectiva com o futuro ou desesperança (por exemplo, “mas também acho que não há mais luz no final do túnel”) ou ausência de perspectiva de melhora de vida. Coloque o problema atual em perspectiva e discuta com o profissional sobre o que ele pretende fazer quando tudo passar. Explore quais são os planos para o futuro. Instigue-o a imaginar como estará a vida após alguns anos.

Estabeleça uma estratégia de resolução de problemas: Situações problemáticas fazem parte da vida. Solucioná-las também! Quais são os problemas que o afligem? Quais são as possíveis formas de resolvê-los? Mostre que para cada problema, existe mais de uma possibilidade de solução.

Avalie a ideação suicida: investigue a presença de pensamentos de morte com ou sem planejamento (por exemplo, “minha colega comentou que está em frangalhos e tem pensado que essa vida não vale mais nada. Estou preocupada com ela, mas também acho que não há mais luz no final do túnel”). Caso estejam presentes, avalie a intensidade, se possui planejamento sobre como, onde e quando. Além disso, avalie o estado mental (avaliar delírio, alucinação, depressão, desesperança, desespero, ansiedade, colapso existencial, instabilidade do humor). Exemplos de perguntas podem ser vistas no Quadro 2.

Quadro 2 – Comportamento suicida e exemplos de perguntas clínicas

COMPORTAMENTO SUICIDA	PERGUNTA
Ideação suicida	- Você tem pensado que a vida não vale mais a pena? - Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?
Ideação com planejamento	- Você tem algum plano ou ideia sobre como morrer? - Você chegou a planejar como terminar com a sua vida?
Como, onde e quando (avaliação dos métodos)	- Como/onde/como você pretende executar seu plano? - Você possui os meios para executar este plano?

A presença de ideação suicida com ou sem planejamento pode ajudar a classificar o paciente como sendo de:

- risco baixo: ausência de tentativa de suicídio prévia, ideias de suicídio passageiras e perturbadoras, inexistência de planos de como se matar, vida social e rede de apoio satisfatória, transtorno mental com sintomas relativamente bem controlados;
- risco moderado: tentativa de suicídio prévia, desamparo, depressão ou transtorno bipolar, ideias persistentes de suicídio, inexistência de planos de como se matar, ausência de impulsividade, não dependência de álcool ou drogas, boa rede de apoio social;
- risco alto: desesperança, tentativa de suicídio prévia, depressão grave, influência de delírio ou alucinação, abuso/ dependência de álcool, desespero, tormento psíquico intolerável, plano definido de matar-se, acesso a meios de como o fazer, providência pós-morte tomadas, como carta de despedida redigida e resolução de pendências.

A partir da classificação de risco, estabeleça um plano de tratamento, ativando a rede de apoio psicossocial e seguindo protocolos específicos, como os descritos a seguir:

- se o risco é **baixo**: oferecer apoio emocional, ouvir atentamente e sem julgar, procurar alternativas, focalizar em como lidou com os problemas no passado, fazer contatos regulares ou telefonemas até que uma consulta em saúde mental seja feita.
- se o risco é **moderado**: ouvir atentamente e sem julgar, focalizar sobre a ambivalência querer viver/morrer, explorar alternativas ao suicídio, procurar já agendar consulta com o psiquiatra, entrar em contato com familiares ou amigos após autorização do paciente, impedir acesso a meios de suicídio (armas, veneno, medicamentos).
- se o risco é **alto**: nunca deixar a pessoa sozinha (cuidar idas ao banheiro ou passeios no pátio); impedir acesso a meios de suicídio, fazer uma avaliação psiquiátrica em caráter de urgência, comunicar-se com familiares.

Uma possibilidade de ação e acompanhamento é a utilização dos princípios dos **primeiros auxílios psicológicos (PAP)**. Trata-se de uma ação de apoio e cuidado práticos a pessoas, baseados nos princípios de intervenção em crises e no manejo de incidentes graves estressantes, com objetivo central de atenuar as reações psicológicas frente a situações traumáticas de desastre ou urgência/emergência.

Os objetivos dos PAP são deter o processo agudo de descompensação psicológica, aliviando as manifestações sintomáticas e o sofrimento. É uma intervenção imediata para restaurar sua adaptação psicossocial às novas condições e ajudar no processo de restauração psíquica, quando o indivíduo não consegue tomar

decisões ou age impulsivamente, além de prevenir e mitigar complicações adicionais psicopatológicas como estresse pós-traumático.

Os passos dos PAP englobam:

1. Escuta: permitir que a pessoa fale sobre seus sentimentos, preocupações e pensamentos.
2. Se possível, retirar a pessoa do ambiente de tensão.
3. Refletir sobre a razão daquela situação é uma crise e identificar a fase de crise para manejar adequadamente. Analise o problema: examine o passado, o presente e o futuro imediato das pessoas. O objetivo deste terceiro passo é saber quais são os conflitos ou problemas que precisam ser tratados imediatamente e quais podem ser deixados para mais tarde.
4. Analise as possíveis soluções: descubra o que as pessoas tentaram fazer até agora, o que elas podem ou poderiam fazer e proponha novas alternativas.
5. Refletir juntos sobre alternativas e habilidades efetivas para lidar com a situação: estimular a tomada de decisão de medidas concretas para gerenciar a crise, mas não aconselhe. O papel do psicólogo é apoiar o acompanhamento, para que as pessoas consigam desabafar suas emoções em relação ao desastre e fazer uso de suas qualidades naturais. Mesmo dentro do sofrimento, eles ainda têm as mesmas capacidades. Portanto, seu conselho sobre o que teria sido melhor não é necessário. A ajuda do psicólogo é para que os profissionais de saúde possam usar seus recursos cognitivos na solução de seus problemas e contribuir para soluções coletivas.
6. Acompanhamento: especifique um procedimento para que o psicólogo entre em contato posteriormente.
7. Estimular o funcionamento independente e seguimento sozinho.

4. Acompanhamento

É necessário acompanhar, sempre reavaliando, se a intervenção em crise tem funcionado e se há surgimento de outras demandas

É importante considerar que nem todos os profissionais de saúde necessitarão de atendimento em função da sua capacidade de serem resilientes com características presentes tais como a construção de apoio social, o foco em emoções positivas e a descoberta de significado na experiência.

Bibliografia

1. Huremovic, D (2019) *Psychiatry of Pandemics: A mental health response to infection outbreak*. Cham: Springer Nature.
2. Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015). *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. OMS: Genebra
3. Sá, SD, Werlang, BSG, & Paranhos, ME (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). DOI: 10.5935/1808-5687.20080008
4. Silva TLG, Mello PG, Silveira KAL, Wolffenbüttel L, Lobo BOM, Bicca CHM, et al. (2013). Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1):93-104.
5. Taylor, S (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

Este texto está disponível em <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupo-de-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>.

Estigmatização de profissionais de saúde

Ana Carolina Peuker
João Gabriel Modesto

1. Entendendo o contexto

A natureza do trabalho coloca os profissionais de saúde em risco aumentado de contrair qualquer doença transmissível, incluindo o COVID-19. Esses profissionais de saúde ficam muito tempo próximos de pacientes contaminados, realizando atividades de alto risco. Essas atividades de alto risco, podem incluir colocar os pacientes em respiradores ou coletar amostras de expectoração de seus pulmões, por exemplo. Os equipamentos de proteção individual (EPIs), como máscaras, luvas e aventais, ajudam a manter enfermeiros e médicos em segurança quando tratam pacientes com doenças infecciosas como o COVID-19. Para se proteger contra o novo vírus, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomenda que os profissionais de saúde usem máscaras N95, que filtram partículas transportadas pelo ar e pequenas gotículas provenientes da saliva do paciente.

Os profissionais de saúde também correm risco se os pacientes com COVID-19 não forem identificados precocemente. Caso contrário, médicos e enfermeiros podem começar a tratá-los sem tomar as precauções necessárias, o que os deixa mais expostos à infecção e à propagação do vírus aos demais. Também é emocionalmente demandante para os profissionais de saúde terem que cuidar de seus colegas e vê-los, em algumas circunstâncias, se tornarem pacientes. Isso aumenta o estresse de trabalhar durante um surto de rápida evolução, em especial, quando a doença causa ansiedade e provoca mobilização na população geral. Durante a epidemia de SARS em 2002, os médicos relataram ter que enfrentar o estigma porque trabalhavam com pacientes doentes.

Exemplo de caso

Mesmo trabalhadores do hospital que não estão diretamente em contato com os casos de COVID-19 passaram a ser hostilizados em suas comunidades ou quando utilizam transporte público e as pessoas percebem onde eles trabalham. Motoristas de aplicativo não atendem chamadas vindas do hospital, no prédio onde moram sugeriram que eles não utilizem o elevador, suas famílias optaram por um distanciamento social que os exclui. Muitos sentem-se desamparados e injustiçados, pois estão trabalhando pela saúde de todos e tem medo de ficarem doentes e não terem com quem contar. Estar sozinho em distanciamento social sobrecarrega-os com os cuidados com si e com a casa e com a mudança de rotina. Antes da pandemia trabalhar no hospital era valorizado em suas comunidades e famílias, mas depois da pandemia a estigmatização trouxe mais preocupações pessoais além daquelas trazidas pelas mudanças na rotina produzidas pela pandemia.

2. Identifique conceitos-chave

O atual contexto de pandemia frente ao COVID-19 pode favorecer a formação de estigmas sociais, fenômeno análogo ao preconceito que tem como característica o medo de se aproximar e interagir com o alvo do estigma. Um exemplo em escala global é a sinofobia (sentimento contra a China, seu povo ou sua cultura), em função dos primeiros casos no mundo terem sido identificados nesse país. Localmente, os profissionais da saúde que estão na linha de frente de combate à pandemia também têm sido alvo de estigmas, conforme mencionado no caso acima, o que tende a repercutir em sua saúde mental.

Grupos minoritários estigmatizados podem ter a função de “distrair” as pessoas do foco nos riscos reais em uma situação de crise. Quando apenas parte de uma população é percebida como afetada ou “em risco”, outras pessoas podem erroneamente acreditar que não estão sob ameaça. Ao presumir que estão mais seguras do que os grupos estigmatizados, essas pessoas podem não tomar precauções de saúde pública recomendadas, comprometendo involuntariamente sua própria saúde e bem-estar.

Os profissionais de saúde podem ser afetados tanto pelo estigma interno e externo relacionado ao vírus COVID-19 e seus impactos, como:

- medo de outras pessoas decorrente do fato de que eles tratam pacientes com COVID-19;
- autoestigma dos profissionais de saúde quanto à expressão de suas necessidades, emoções e medos.

Estigma (externo): o estigma ocorre quando as pessoas associam um risco a uma pessoa, local ou coisa específica – como um grupo minoritário da população – e não há evidências de que o risco seja maior nesse grupo do que na população em geral. A estigmatização é especialmente comum em surtos de doenças. O estigma

afeta a saúde emocional ou mental dos grupos estigmatizados e das comunidades em que vivem, incluindo suas famílias. Coibir o estigma é importante para tornar os membros da comunidade mais resilientes e menos vulneráveis.

Grupos estigmatizados podem ser submetidos a:

- evitação social ou rejeição;
- negação de cuidados de saúde, educação, moradia ou emprego;
- violência física.

3. Conheça alternativas

O psicólogo deve estar atento a alguns pontos, assim podem ajudar a combater o estigma durante a resposta ao COVID-19:

- conhecer informações e aumentar a conscientização sobre o COVID-19, sabendo manejar o próprio medo e ansiedade;
- atuar conforme o código de ética, de modo a garantir o sigilo e confidencialidade das informações. Manter a privacidade e a confidencialidade daqueles que procuram assistência de saúde e daqueles que podem fazer parte de qualquer investigação de contágio;
- estar atento e ser cauteloso quanto ao tipo de informação acessada e compartilhada, de modo que esta não reproduza estereótipos;
- não reproduzir estigmas no momento do atendimento/acolhimento a profissionais de saúde;
- trabalhar com prevenção e psicoeducação, oferecendo informação embasada, de modo a reduzir o estigma em relação aos profissionais de saúde. Pode-se propor apresentações, discussões, simulações, entre outros, que visam a alterar atitudes e comportamentos em um nível mais amplo – social e/ou comunitário, levando à diminuição do estigma em relação aos profissionais da saúde.
- instrumentalizar o profissional de saúde a compreender situações de estigmatização como uma reação esperada e a reagir assertivamente divulgando formas efetivas de evitar o COVID-19. Afinal, quando apenas o profissional da saúde é percebido como mais “em risco”, as outras pessoas podem erroneamente acreditar que basta evitarem essas pessoas para reduzir seu próprio risco. Evitar o contato profissionais de saúde na comunidade não é uma forma efetiva de evitar a contaminação pelo COVID-19. A prática do distanciamento social, higienização das mãos e objetos, não tocar a face e uso de equipamentos de proteção individual são efetivos.

4. Acompanhe

Combater os preconceitos e estigmas têm sido um mote geral da atuação de uma psicologia socialmente comprometida. No entanto, pode não ser fácil a mensuração de sua redução no curto prazo.

Trabalhar para combater a estigmatização durante o enfrentamento do COVID-19. As mensagens devem reforçar os riscos reais associados ao contágio por meio de informações e conscientização precisas.

Este texto está disponível em <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupo-de-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>.

Recomendações para o exercício profissional presencial e *on-line* da psicologia frente à pandemia de COVID-19

Ana Carolina Peuker
Katie Moraes de Almondes

A pandemia do coronavírus (COVID-19) constitui uma grave situação de calamidade pública que atingiu o mundo. Os números continuam avançando e, segundo dados preditivos para a evolução do número de casos confirmados da COVID-19 no Brasil, considerando os cenários epidemiológicos (pior caso, pessimista, mediano, otimista e melhor caso), a projeção é de um aumento exponencial que varia de 36.000 casos no cenário otimista até 60.500 no pior cenário, apenas para o mês de abril de 2020, data na qual este material foi escrito.

Essas projeções, que reforçam o Estado de Emergência decretado por meio da Portaria nº 188/GM/MS, de 03 de fevereiro de 2020, pelo Governo Federal, em todo território brasileiro, servem para auxiliar no planejamento de ações ao combate à COVID-19 como: dimensionamento de leitos para acolhida dos pacientes em unidades de terapia intensiva (UTIs), incluindo a organização de hospitais de campanha em vários Estados; aquisição de respiradores e equipamentos de proteção individual (EPIs); imposição das medidas de isolamento social; e recomendações de higienização. Integrado a essas ações, no dia 31 de março de 2020, foi publicado, no Diário Oficial da União, a Portaria nº 639/2020, que institui a ação estratégica “O Brasil conta comigo – profissionais da saúde” voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais de diversas áreas de saúde para o enfrentamento à pandemia da COVID-19. Os profissionais de psicologia, área arrolada entre as profissões de saúde desse chamamento, buscam informações pelas diretrizes de atuação na área de emergência e enfrentamento de pandemias. Com esse intuito, propõe-se esse tópico para discutir, baseado nas evidências científicas e técnicas desenvolvidas até esse momento, recomendações para o exercício presencial e *on-line* dos psicólogos frente à COVID-19.

1. Entenda o contexto

Para entender o contexto das dúvidas e inseguranças dos profissionais de psicologia, são descritos a seguir alguns relatos e questionamentos mais levantados pelos mesmos, a fim de possibilitar a reflexão para a prática da atenção psicológica no enfrentamento da COVID-19 por meio de recomendações operacionais e padronizadas.

Psicólogo 1: “Neste momento (da Portaria e da possibilidade de convocação para atuar presencialmente) seria a preocupação de evitar o contágio que tiraria a espontaneidade da empatia presencial, pelo cuidado racional. À distância (na modalidade *on-line*) posso valorizar o atendimento cuidadoso, posso sentir o cliente da mesma forma e utilizar técnicas que possam fazer diferença no sofrimento dos que nos procurarem. Se eu for para o atendimento presencial, eu usarei EPIs? Como será o atendimento? Eu ficarei longe? Terei que realizar quarentena após atendimentos? Ou isolamento? Essas são algumas dúvidas que me deixam inseguro em relação a essa convocação do governo. ”

Psicóloga 2: “Dúvidas acho que são muitas e acredito que surgirão de acordo com o início desse processo e diante da demanda apresentada reforçaremos nossas medidas de precaução. Já estou lendo bastante sobre esse atendimento de urgência/emergência, mas não sei como me comportar no exercício da profissão no atendimento presencial. O que sei é que se faz importante uma diretriz, capacitação e há o receio do contágio que pode comprometer o acolhimento. *On-line* já é uma realidade, a opção mais segura e acessível; eu não trabalhava assim antes, mas agora iniciei também e estou me adaptando bem”.

2. Identifique conceitos-chave

O **isolamento** é uma medida que visa separar as pessoas sintomáticas e assintomáticas em investigação clínica e laboratorial de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão. O isolamento pode ser em ambiente domiciliar ou em hospitais públicos e privados. O isolamento também pode ser indicado em situações em que o diagnóstico for classificado como caso suspeito, que tiveram algum contato íntimo com caso confirmado e contatante de casos confirmados. O isolamento é feito em um período de 14 dias, podendo ser prorrogado, dependendo dos resultados dos exames laboratoriais. O período de duas semanas se deve ao tempo no qual o vírus pode se manifestar no corpo.

A **quarentena** é um procedimento no qual se busca garantir a diminuição de circulação de pessoas nas ruas e evitar aglomerações, de acordo com a Portaria nº 356/2020, do Ministério da Saúde, possibilitando a manutenção dos serviços de saúde em local certo ou determinado. Trata-se de um ato administrativo de proteção a áreas sensíveis e estratégicas e visa restringir, por determinado período, o exercício de atividades por quem exerceu funções específicas em áreas estabelecidas pelas secretarias de saúde dos estados e municípios ou do Ministério da Saúde que têm possibilidade de contaminação para o COVID-19. A medida é adotada pelo prazo de até 40 dias, podendo se estender pelo tempo necessário.

A **emergência** é quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo, incidente ou imprevisto. A **urgência** é quando há uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco de morte.

Importante adicionar o termo **urgência sentida**, que extrapola as barreiras do orgânico e do racional, que envolve reações psicológicas de medo, ansiedade, ressentimentos, abalos na autonomia, sensações de estranheza, alteração na autoestima e na imagem do eu corporal, além das reações três Ds (desespero, desamparo e desesperança).

Tanto o isolamento quanto a quarentena são medidas de saúde pública para o enfrentamento do coronavírus no país e trazem consigo a limitação da comunicação interpessoal face a face. Isso repercute nos atendimentos psicológicos, que, tradicionalmente, são presenciais. De forma repentina, muitos profissionais se viram diante de um grande desafio: como conciliar os atendimentos em consultórios, clínicas e/ou hospitais com as restrições de contato interpessoal? Neste momento, a crise pandêmica, em especial, repercute em problemas emocionais e agrava condições psicológicas preexistentes, aumentando a demanda crescente por serviços especializados em saúde mental. Por isso, os psicólogos devem estar atentos as resoluções que tratam do **atendimento psicológico on-line**.

No ano de 2018, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma nova resolução sobre o atendimento psicológico *on-line* e demais serviços realizados pelas chamadas tecnologias de informação e comunicação (TICs). A Resolução nº 11/2018 substituiu a antiga, de nº 11/2012, e organizou novas formas de atendimento sem a necessidade de vinculação a um *site*. A resolução apontou que as(os) profissionais devem manter a adequação e pertinência dos métodos e técnicas na prestação de serviços e observar, ainda, se a tecnologia selecionada é adequada do ponto de vista técnico e ético (Resolução CFP nº 010/05). Com a resolução, que visa regulamentar a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de TICs, as possibilidades de atuação dos psicólogos se ampliaram muito. Na resolução estão contemplados os serviços de atendimento e consultas psicológicas – em tempo real ou não, seleção de pessoal, avaliação psicológica e supervisão técnica entre psicólogos.

A pandemia parece ter sido um catalisador da revolução digital no campo da Psicologia, impondo a muitos profissionais a necessidade imediata de atuação por meio das TICs. Devido à crise da COVID-19, o CFP permitiu que o psicólogo atue logo após o cadastro na plataforma E-PSI (<http://e-psi.cfp.org.br>), conforme a Resolução nº 4 do CFP, de 26/03/20, que dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio das TICs durante a pandemia da COVID-19. Além do cadastramento no E-PSI, o profissional deve possuir CRP válido.

Os psicólogos devem priorizar ao máximo os atendimentos na modalidade *on-line*, resguardando as condições de sigilo, privacidade e segurança das informações. Deve-se suspender os atendimentos presenciais em casos eletivos, uma vez que o trânsito de profissionais e pacientes/clientes pode ser um vetor de proliferação do vírus. As consultas *on-line*, principalmente por meio de vídeo, oferecem uma alternativa viável para oferecer serviços psicológicos à distância. A maioria dos

psicólogos ainda prefere o contato pessoal com seus clientes. Contudo, para proteger não apenas sua própria saúde, mas também a de quem busca sua assistência e a sociedade como um todo, as alternativas remotas devem ser exploradas o máximo possível.

O **atendimento psicológico** presencial frente a COVID-19 compreende ações terapêuticas baseadas em modelos de intervenção em crise, que estão em construção por várias entidades nacionais e internacionais para, salvaguardado a proteção individual por meio de orientações para evitar o contágio, ajudar a mitigar o sofrimento vivido pelos pacientes e profissionais no enfrentamento da COVID-19. A seguir, serão discutidas alternativas sobre como viabilizar os atendimentos psicológicos presenciais e *on-line* considerando as circunstâncias impostas pela pandemia.

3. Conheça alternativas

As alternativas a seguir estão alinhadas com os manuais publicados pela Organização Mundial da Saúde, artigos baseados em evidências e materiais divulgados pela Associação Americana de Psicologia sobre práticas psicológicas no sistema de saúde em situações de pandemias.

Para os atendimentos *on-line*, em consonância com a Resolução CFP nº 11/2018, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de TICs, e seguindo a recomendação do CFP, do dia 24 de março de 2020, sobre a suspensão das atividades profissionais da categoria na modalidade presencial – com exceção àquelas que sejam, comprovadamente, de caráter emergencial – seguem alguns pontos essenciais para a implementação, em curto prazo, do serviço psicológico à distância:

1. **Faça as combinações necessárias:** discuta a possibilidade de atendimento remoto com seu cliente (preferencialmente, por meio de contato telefônico), explicando a lógica e enfatizando a importância de contar com consultas *on-line*, por enquanto. Idealmente, faça isso apenas com clientes ou pacientes com quem você já conheceu pessoalmente, para que você também saiba como intervir no mundo real, em caso de emergência, por exemplo, risco de autoagressão (automutilação ou suicídio – ver orientações no Tópico 3, Almondes & Teodoro, 2020) e/ou heteroagressão.
2. **Garanta privacidade:** verifique se você e seu cliente estão em um espaço privado e não serão atrapalhados por interferências externas. Você poderá optar por trancar a sala com chave, para garantir que não haja interrupções. Escolha um ambiente neutro e com boa iluminação.
3. **Organize-se com antecedência para o atendimento *on-line*:** tenha tempo suficiente para a solução de problemas técnicos. Organize-se com antecedência para o atendimento, verificando se há conexão disponível e se os aparelhos (computador, *tablet* e/ou celular) estão com a bateria carregada, por exemplo.

4. **Observe as questões de segurança da informação, sigilo e proteção dos dados:** não use um computador público, faça *log off* após uma sessão e mantenha seu sistema operacional e /ou aplicativos sempre atualizados. Utilize uma plataforma para atendimento psicológico segura, preferencialmente, que utilize criptografia de ponta a ponta. No Brasil, é permitido o uso de qualquer aplicativo ou plataforma para essa finalidade, mas o profissional deve se responsabilizar pelo sigilo e segurança das informações. Fique atento à possíveis invasões ou violação de segurança no seu computador, *tablet* e/ou celular. Caso isso ocorra, informe seus pacientes, informe a polícia e procure ajuda de um profissional de segurança de tecnologia da informação (TI).
5. **Realize registro documental das consultas on-line:** o psicólogo deverá registrar e/ou documentar em prontuário/registo documental as consultas, mesmo que o atendimento seja *on-line*. Ao registrar o atendimento, é importante incluir data, hora, e TIC utilizada para o atendimento, os dados clínicos necessários para a adequada condução do caso, sendo preenchido em cada contato com o paciente. Conforme o Artigo 14, do Código de Ética Profissional do Psicólogo, “a utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e a legislação profissional vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado”. Assim, todos os serviços prestados deverão atentar à produção dos devidos registros das intervenções realizadas – inclusive as de caráter eventual – em acordo com o que preveem as Resoluções CFP nº. 01/2009, que tipifica os registros profissionais em Psicologia, e nº 06/2019, que tipifica a produção de documentos psicológicos.

Deve-se ter clareza que clientes de consultórios e pacientes de ambulatório que demandarem acompanhamento psicológico em tempos de COVID-19 deverão ser encaminhados para atendimentos psicológicos em ambientes virtuais, como medida de segurança para o paciente e para o psicoterapeuta. Da mesma forma, pacientes que fazem parte do grupo de risco e vulneráveis, como idosos, pessoas com doenças crônicas e gestantes, não devem ser assistidos presencialmente, em consultório, por medida de segurança.

O **atendimento voluntário frente à COVID-19** também é outra alternativa importante. Não há impedimento na legislação profissional em prestar serviços psicológicos de forma voluntária/gratuita. Contudo, não deverá haver menção a valores na divulgação do serviço. Em caso de gratuidade, essa informação deverá ser transmitida individualmente. A proposta de trabalho deve ter início, meio e fim, ou que garantir a gratuidade por todo o período da prestação do serviço. Deve haver o compromisso profissional estabelecido, com direitos e obrigações, como em qualquer outra situação de sua prática. Portanto, é necessário atentar aos preceitos do Código de Ética Profissional do Psicólogo e demais normativas do CFP, destacando-se:

Art. 1º – São deveres fundamentais do psicólogo:

b) Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente.

- c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional.
- d) Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal.

Para os atendimentos presenciais, as diretrizes estão em construção. O único consenso é que, em situação de emergência e de decreto governamental, os psicólogos são chamados ao exercício de sua profissão. O direcionamento das ações desses profissionais deve envolver as unidades básicas de saúde – APS e unidades de urgência e emergência.

Importante assinalar que os psicólogos devem estar na linha de frente e desempenhar um papel protagonista nas equipes de planejamento e gerenciamento dessas emergências. Protocolos assistenciais devem ser desenvolvidos, a exemplo dos utilizados em situações de desastre, contemplando elementos de atenção à saúde mental individual e coletiva da população.

Nas Unidades Básicas de Saúde – APS e unidades de urgência e emergência, que seriam, *a priori*, as unidades contempladas para atuação dos psicólogos na modalidade presencial, três eixos principais de estratégias precisam ser considerados e que podem ter a moderação do psicólogo:

1. formação da equipe multidisciplinar e estabelecimento de plano de contingência;
2. comunicação clara com atualizações regulares e precisas sobre o surto de COVID-19;
3. estabelecimento de uma rede de profissionais com capacitação em urgência e emergência para fornecimento de atendimento psicológico na modalidade *on-line*.

Enfatiza-se que políticas públicas de saúde mental, integradas às estratégias de respostas a epidemias e pandemias de doenças infecciosas, no pré, durante e pós-evento são extremamente necessárias. Imprescindível, o uso dos primeiros auxílios psicológicos na atuação do psicólogo.

Nos ambientes hospitalares, tem indicação de receber atenção psicológica hospitalar, os profissionais de saúde que estejam em sofrimento ocasionado pelo contexto pandêmico; familiares, em sofrimento, de pessoas hospitalizadas que foram a óbito ou de crianças hospitalizadas para tratamento da COVID-19; pacientes internados em enfermarias que são positivos para a COVID-19 e que estão na fase pós-perda da capacidade respiratória e em franca recuperação; pessoas hospitalizadas não diagnosticadas com COVID-19 e que estejam em sofrimento por seu adoecimento, hospitalização e/ou tratamento.

A abordagem psicológica frente à COVID-19 no contexto hospitalar deve ser orientada para a redução dos impactos negativos da doença na saúde mental e sofrimento das pessoas, pode incluir:

Treinamentos

- Contribuir para uma comunicação assertiva da equipe assistencial para alinhamento da posição institucional, a partir das recomendações oficiais. Informações imprecisas repassadas ao usuário causam insatisfação com a assistência e sensação de insegurança relacionada à equipe. A ausência de informações pode aumentar o sofrimento, estresse e podem criar situações de difícil manejo pela da equipe.
- Otimizar e reduzir o tempo de espera por informações. Notícias periódicas, ainda que não conclusivas, aumentam o vínculo de confiança e promovem a percepção de cuidado e alívio da ansiedade.
- Produzir materiais com informações de prevenção, manejo e contágio da doença, para que os familiares saibam como se comportar no ambiente hospitalar no contato com o paciente.
- Prover informação aos familiares mais próximos ao paciente com suspeita/ confirmação da doença, sobre medidas de proteção social (por exemplo, sintomas e isolamento no período de incubação do vírus para evitar propagação).
- Treinamento da equipe de assistência e de apoio para evitar situações discriminatórias, que possam reforçar estigmas, por falta de conhecimento técnico.

Atendimento psicológico

- Manejo da ansiedade e de crenças, favorecendo formas mais adaptativas de enfrentamento.
- Acompanhamento psicológico familiar, quando o paciente estiver na faixa de risco (apoio emocional frente à evolução do quadro, riscos envolvidos).
- Abordagem psicológica de apoio à equipe assistencial, estimulando a expressão de emoções (medos, ansiedades), trocas de experiências e manejo de situações de urgência /emergência decorrentes da atividade profissional.
- Assistência ao profissional da saúde com sinais de contaminação pela COVID-19 – suporte emocional.

Entretanto, nas UTIs, os psicólogos da saúde **não podem** ofertar atendimento psicológico presencialmente aos pacientes positivos para COVID-19 que estão entubados e usando ventiladores mecânicos , devido à fragilidade da capacidade respiratória dos pacientes.

Nesse contexto de enfrentamento da pandemia, tem-se clareza de que o planejamento da intervenção **não pode** ser de psicoterapia de longo prazo e sim de intervenção em crise com modalidades psicoeducativas (suporte informacional e instrumental de qualidade) e psicoprofiláticas, uso dos **primeiros auxílios psicológicos (PAP)** e com uso de manejos psicoterápicos na modalidade breve de apoio (ver Tópico 3, Almondes & Teodoro, 2020).

Nas modalidades de apoio, o objetivo máximo é promover acolhimento, sensação de bem-estar, alívio da ansiedade trabalhar para minimizar as consequências psicossociais ocasionadas pelo estado de pandemia encorajar a utilização de recursos pessoais de enfrentamento em situações de crise que deram certo quando utilizados, para proteção para saúde mental, propiciar o aprendizado de técnicas de relaxamento ou meditação e checar e estimular a rede de suporte emocional-social.

4. Acompanhamento

Posto tudo isso, siga com medidas de proteção:

- conheça e respeite o plano de contingência;
- mantenha-se informado e atualizado diariamente;
- cumpra rigorosamente todas as medidas de higiene, etiqueta respiratória e distanciamento físico;
- exija suporte estrutural para o uso de EPIs (máscara cirúrgica ou máscara N95) e mantenha distância física de 1 a 2 metros, aproximadamente;
- monitore constantemente sintomas e sinais de alerta;
- esteja atento a cargas e ritmos de trabalho inadequados;
- identifique e reconheça sinais de alerta para sua saúde psicológica;
- mantenha uma atitude positiva e confiante;
- esteja em constante supervisão teórico-clínica.

Bibliografia

1. Batista, A., Antunes, B., Faveret, G., Peres, I., Marches, J., Cunha, P., Dantas, L., Bastos, L., Aguilar, S., Ranzani, O., Baião, F., Maçaira, P., Hamacher, S., & Bozza, F. (2020). Nota técnica 6 -03/04 Projeção de casos de infecção por COVID-19 no Brasil até 20 de abril de 2020. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS – PUC Rio).
2. *Guidance for provision of online consultations as an added value during a period of social distancing of quarantine.* Recuperado de <http://www.efpa.eu/covid-19/provision-of-online-consultation>
3. Sá-Serafim, R.C.N., Do Bú, E., Lima-Nunes, A.V. Manual de Diretrizes para Atenção Psicológica nos Hospitais em Tempos de Combate ao Covid-19. Revista Saúde e Ciência online, v. 8, n. 2, Suplemento nº 2 (março de 2020). 24 p.
4. Taylor, S (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease.* Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
5. Xiang, Y-T., Yang, Y., Li W, Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*;7(3):228-9.
6. Mariana Batista Leite Leles. Humanização do caos: intervenções da psicologia hospitalar frente ao coronavírus. Recuperado de <https://pebmed.com.br/humanizacao-do-caos-intervencoes-da-psicologia-hospitalar-frente-ao-coronavirus/> em 05 de abril de 2020.

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>

Luto

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
Maycoln Teodoro

A nossa vida é repleta de perdas e ganhos. As alterações que ocorrem na constituição familiar são marcadas temporalmente por rituais, como o batizado de um recém-nascido, o casamento e o luto, bem como são importantes para que os seus membros vivenciem o momento, demonstrem seus sentimentos e afetos para os outros. Com o luto, especificamente, é comum que o enlutado passe por períodos de tristeza e angústia, com perdas no funcionamento físico e psicossocial. No entanto, em geral, ocorre uma recuperação sem a necessidade de qualquer tipo de intervenção além de suporte social (Waller et al., 2016).

1. Entenda o contexto

A pandemia de COVID-19 acarretou inúmeras perdas no mundo todo. Além das mortes, há uma sensação de insegurança, mudanças nas relações sociais e ansiedade em relação ao futuro, não só em termos de saúde, mas também em relação à estabilidade econômica. Para Cormier, uma psicóloga especialista em luto, “começamos a compreender que estamos em meio a uma crise de luto coletivo. Todos nós estamos perdendo alguma coisa” (American Psychological Association, 2020).

A vivência do luto durante a pandemia da COVID -19 será diferente em diversos aspectos. Para além das perdas pessoais e isolamento social, haverá um número crescente de pessoas contaminadas, problemas respiratórios agudos e aumento crescente de óbitos, que serão enterrados sem serem devidamente testados para a presença da COVID-19. Os rituais a que estamos acostumados, como velório, não serão realizados ou serão modificados para atenderem à nova situação. Outros desafios serão os múltiplos casos de infecção e mortes dentro do mesmo ciclo familiar, gerando lutos sequenciais, que serão vivenciados de uma maneira distinta do que é culturalmente esperado.

Exemplo clínico

Márcia e seu marido, Fernando, estavam entre os dez primeiros pacientes da COVID-19 na cidade. Fernando começou a ter febre, tosse e dificuldade para respirar. Faleceu após cinco dias de internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) como caso possível de COVID-19, diagnóstico confirmado posteriormente. Márcia não pode vê-lo nem falar com ele durante a internação, pois ela também estava em isolamento, mas com sintomas leves. Sua última lembrança do marido vivo é Fernando acenando com a mão enquanto a enfermeira o conduzia pelo corredor do hospital. O enterro durou 20 minutos, com caixão lacrado e sem velório e apenas um dos irmãos de Fernando esteve presente, pois Márcia ainda estava em isolamento. Após o enterro, Márcia sentiu um grande vazio. Durante algum tempo, alternava períodos em que chorava muito, não conseguia dormir e ficava lembrando de momentos passados com Fernando. Quando tinha energia, via fotos, andava e acariciava os dois cachorros que ela e o marido haviam adotado. Os sentimentos variavam entre as boas lembranças e culpa pela possibilidade de ter sido responsável pela contaminação dele pelo vírus. Por isso sentia vergonha dos sogros por pensar que eles a culpavam pelo acontecido ou por ele ter morrido e não ela. Apenas depois de algumas semanas, retomou o contato com alguns amigos e familiares pelas redes sociais. Voltou gradualmente a fazer os serviços de casa e conseguiu voltar a trabalhar e superar as dificuldades financeiras causadas pelas várias semanas que ficou praticamente sem renda. Conseguiu arrumar armários e doar os pertences de Fernando a uma instituição, mantendo alguns para si e para doar para amigos e familiares algumas peças especiais. Relatou à mãe que se sentia uma pessoa privilegiada por ter sido casada com alguém tão especial. Sabe que não será fácil, mas devagar quer seguir em frente com a sua vida.

2. Identifique conceitos-chave

O luto é um estado decorrente da “morte de alguém com quem o indivíduo tinha uma relação de intimidade” (American Psychiatric Association, 2014, p. 826). O sentimento de pesar e tristeza são as reações primárias quando se perde alguém amado. Esta emoção é acompanhada de dificuldades para dormir, estresse de separação e tristeza, que são mais intensas no início do processo de enlutamento e, normalmente, diminuem em intensidade e frequência com o passar do tempo. Também é comum aparecerem sentimentos de culpa, raiva, revolta com a realidade e desorganização das rotinas diárias. A expressão social do luto é culturalmente dependente e envolve rituais como os velórios, missas, cultos e enterros com presença de familiares e amigos (National Cancer Institute, 2020).

A forma como uma pessoa ou um grupo social expressa seu luto e se ajustam a uma perda depende de vários fatores:

- da relação com a pessoa que faleceu;
- de crenças culturais e religiosas;
- do ambiente em que o luto é vivenciado;

- de estratégias de enfrentamento;
- da história de transtornos mentais;
- do *status* socioeconômico;
- das perdas futuras que a morte de alguém pode acarretar (por exemplo, perda financeira, social) (National Cancer Institute, 2020).

A expressão do luto abrange uma ampla gama de reações (Quadro 1). É importante que essas reações sejam vivenciadas para que a pessoa que sofreu a perda possa habituar-se a uma nova realidade e seguir em frente com a sua vida.

Quadro 1 – Reações físicas e emocionais comuns vivenciadas como expressão do luto

FÍSICAS	EMOCIONAIS
• Sensação de entorpecimento, insensibilidade • Agitação psicomotora • Dores • Pânico • Dificuldade para dormir • Perda de apetite • Náusea, problemas gastrintestinais (por exemplo, diarreia) • Tensão muscular • Cefaleia	• Tristeza • Desespero • Saudades • Incredulidade • Choque • Raiva • Vazio • Culpa • Arrependimento • Alívio • Preocupação

Fonte: Morris, 2008; Center for Complicated Grief, 2020.

As perdas associadas ao COVID-19 podem ser complicadas pelo distanciamento físico e pelas restrições para viajar impostos para o manejo da pandemia. Rituais como velórios, enterros, missas e cultos e o contato físico com pessoas queridas, importantes para lidar com a morte, serão inviáveis nesse período. Assim, é possível que a vivência do luto em isolamento social aumente o número de lutos complicados, que tem um curso diferente do luto normal. Para a maioria das pessoas, o luto é um processo difícil, mas natural, que ocorre após a perda de uma pessoa importante. Requer adaptação a uma nova condição, mas a maioria das pessoas consegue seguir em frente com sua vida após o período de alguns meses.

No exemplo clínico descrito anteriormente, pode-se perceber que, devido à pandemia da COVID-19, não foi possível realizar todo o rito esperado pela cultura nacional para velar os mortos. Não houve despedida e oportunidade para compartilhar a dor com os amigos e familiares pessoalmente. A necessidade de isolamento social em razão da suspeita de contaminação acaba deixando toda a situação vivenciada por Márcia mais difícil. O apoio social é fundamental para ajudar o enlutado a superar este momento e o uso de tecnologias pode ser uma alternativa. Márcia tinha dificuldades para dormir (aspecto físico) e sentia uma vasta gama de

sentimentos que potencializavam a tristeza, como culpa e vergonha. As ondas de tristezas eram mais comuns no início do luto e foram ficando menos intensas e frequentes com o passar das semanas. Após um tempo, ela conseguiu retomar as atividades rotineiras e significou o episódio focando no lado positivo: o privilégio de ter sido casada com uma pessoa tão especial.

3. Conheça alternativas

A forma de lidar com o luto é individual. Com base na expressão das reações físicas e emocionais descritas no Quadro 1, o profissional deve identificar quais as características principais apresentadas pelo enlutado e trabalhar no sentido de ajudá-lo a lidar com este momento da vida.

Em um luto sem complicações (chamado de nível primário), como o descrito no caso da Márcia, as pessoas experimentam, habitualmente, certo distanciamento do mundo e acreditam que nunca mais serão felizes. Com o passar do tempo, a maioria consegue adaptar-se a um mundo que já não conta com a presença da pessoa que morreu e visualizar um futuro com a possibilidade de felicidade e significado. Isso se chama luto integrado (Iglewicz et al., 2019). Essas pessoas são, normalmente, resilientes, e possuem boa rede de apoio social e afetiva. O profissional pode utilizar os seguintes focos para o atendimento psicológico:

- **focar a perda** – a vivência da dor e da perda é inevitável. O profissional pode ajudar o enlutado a perceber esta nova realidade e aceitar o luto. A vida continuará com novos estresses e as memórias da pessoa que partiu estarão sempre presentes.
- **focar a recuperação** – o psicólogo deve auxiliar o enlutado a encontrar um novo senso de autonomia e desenvolver competências e habilidades para viver a nova realidade.

A contribuição do profissional para auxiliar o enlutado a atravessar esta fase é, por meio de uma relação empática e ativa, elaborar perguntas esclarecedoras, fornecer psicoeducação e utilizar algumas das estratégias listadas a seguir:

- Compreender e aceitar o luto.
- Manejar emoções dolorosas.
- Planejar um futuro significativo.
- Estreitar relações atuais (o uso das tecnologias para comunicação online pode ser uma alternativa para os tempos de pandemia).
- Contar a história da morte.
- Aprender a viver com lembranças.
- Estabelecer uma conexão duradoura com as memórias da pessoa que morreu.

Uma perspectiva preventiva em relação ao luto é a chamada “luto antecipatório”. Essa abordagem concebe que o luto vai além da perda da vida e engloba as mudanças de planos, sonhos, diminuição do funcionamento e inclui começar a antecipar-se e trabalhar situações nas quais há possibilidade real de morte. Algumas estratégias são:

- quando possível, oriente para que o cliente se mantenha em contato com a pessoa que está com risco de morte, respondendo e compartilhando as suas experiências com o restante da família;
- crie condições para reforçar a individualidade do cliente, separando da pessoa com risco de morte, como um indivíduo que vai continuar existindo independentemente do que acontecer;
- adapta-se às novas condições e mudanças, assumindo novas responsabilidades e deveres;
- ajude o cliente a expressar os sentimentos despertados pela situação;
- auxilie o planejamento do futuro, com planos que o ajudem a tolerar a perda.

4. Acompanhamento

Algumas pesquisas mostram que de 80 a 90% dos lutos seguirão o curso descrito sem apresentar quaisquer complicações, de modo que algumas sessões para auxiliar o enlutado a atravessar esse momento serão suficientes. A maior parte dos enlutados irá superar esse período da vida, resignificando as relações e reorganizando as rotinas. No entanto, o enlutado menos resiliente, com pouco apoio social, afetivo e financeiro pode apresentar dificuldades na aceitação e superação do luto, caracterizando o chamado **luto complicado** (Waller et al., 2016), para o qual a/o psicóloga/o deve estar atenta/o.

No luto complicado, que atinge entre 10 a 15% dos enlutados, o sofrimento pode durar mais de um ano e é persistente, com sentimento de vazio, saudades e evitação de situações que lembram a pessoa falecida (Mancini, Sinan, & Bonanno, 2015). Neste momento, o luto passa a interferir na capacidade do indivíduo funcionar. Para Waller et al. (2016), os seguintes fatores estão associados ao luto complicado:

- Baixo suporte social.
- Abuso de substâncias.
- Habilidades deficitárias de enfrentamento.
- História de transtorno mental.
- Morte de criança.
- Outros estressores de vida.

Caso a/o psicóloga/o encontre indícios de luto persistente, é necessária a introdução de psicoterapia, aliada à avaliação de outros profissionais para indicação ou não de terapia medicamentosa. É importante também investigar a presença de transtornos psicológicos, como o transtorno do estresse pós-traumático ou depressão maior. A depressão, por exemplo, é marcada por um humor rebaixado, sem perspectiva de melhora e uma visão negativa do *self*, que não ocorre no luto, percebido como um vazio existencial, uma dor que pode vir em ondas e que diminui de intensidade e frequência durante o passar do tempo.

Durante a pandemia de COVID-19 é esperado o aumento de número de mortes, de modo que este será um tema presente no aconselhamento psicológico. Identificar os sinais do luto, acompanhar e ajudar a pessoa a superar este momento será muito importante para a saúde mental durante a quarentena.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. Porto Alegre: Artmed.
2. American Psychological Association by K. Weir (2020). Grief and COVID-19: mourning our bygone lives. Disponível em: <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19>.
3. Center for Complicated Grief (2020). Managing bereavement around the Coronavirus (COVID-19). Disponível em: <http://complicatedgrief.columbia.edu/wp-content/uploads/2020/03/Managing-Bereavement-Around-COVID-19-HSPH.pdf>.
4. Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2019). Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37, 90-98.
5. Mancini, A. D., Sinan, B., & Bonanno, G. A. (2015). Predictors of prolonged grief, resilience, and recovery among bereaved spouses. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1245-1258.
6. Morris, S. (2008). *Overcoming grief. A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London: Robinson.
7. National Cancer Institute (2020). Grief, bereavement, and coping with loss (PDQ®) – Health professional version. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/bereavement-hp-pdq>.
8. Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda. As raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.
9. Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Clark, K., Hobden, B., & Sanson-Fisher, R. (2016). Assisting the bereaved: a systematic review of the evidence for grief counseling. *Palliative Medicine*, 30(2), 132-178.

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>

Manejo de conflitos na família

Maria Rita Zoéga Soares
João Gabriel Modesto

1. Entenda o contexto

O surto da COVID-19 pode ser estressante e causar emoções intensas em adultos e crianças. A família está exposta ao estresse prolongado e pode se sentir incapaz de resolver problemas, manejar conflitos e tomar decisões. Conflitos podem ser classificados em um *continuum*, desde aqueles entendidos como mais brandos (a exemplo de pequenos desentendimentos) até conflitos graves (como situações de violência doméstica). Frente a esse contexto, o psicólogo pode identificar a necessidade de manejar a situação.

Exemplo clínico 1

José (nome fictício) tem 86 anos, é viúvo e tem hipertensão e diabetes. Mesmo pertencendo ao grupo de risco, se recusa a permanecer em casa. Atualmente reside com uma das filhas, o genro e dois netos adultos. Relata que é difícil manter-se em isolamento social e necessita retomar a sua rotina habitual (ir ao supermercado, conversar com os amigos na praça, visitar os filhos, ir à igreja, etc.). Desde o início do isolamento, não tem sido fácil para ele nem para a família. Já saiu duas vezes sem avisar, deixando todos preocupados. O comportamento de José tem sido alvo de críticas constantes e de desentendimentos entre todos, pois alguns apoiam o protesto dele, enquanto outros não.

Exemplo clínico 2

Mariana (nome fictício) tem 35 anos, casada, dois filhos (de 8 e 5 anos) e reside em um apartamento. Ela e o marido são advogados e, neste momento, estão em isolamento, trabalhando em *home office*. Os dias não têm sido fáceis porque tiveram que dispensar a funcionária que os auxiliava com as tarefas domésticas e o cuidado com as crianças. Os filhos demonstram frequentemente raiva e frustração por não poderem descer no prédio, brincar e ver os amigos. Além disso, o casal

está preocupado com a saúde e a situação financeira, bem como com a falta de perspectiva sobre o término do isolamento. Os desentendimentos têm sido constantes, iniciando com pequenas discussões, mas conforme os dias passam, o casal tem discutido na frente das crianças, com agressões verbais, culminando com uma briga em que ela acabou indo ao supermercado “para acalmar os ânimos”, o que gerou outra discussão.

2. Identifique os conceitos-chave

Conflito: processo que se inicia quando alguém percebe que o outro afeta ou pode afetar negativamente algo que se considera importante.

O conflito pode ser analisado a partir de 5 estágios, conforme Figura 1.

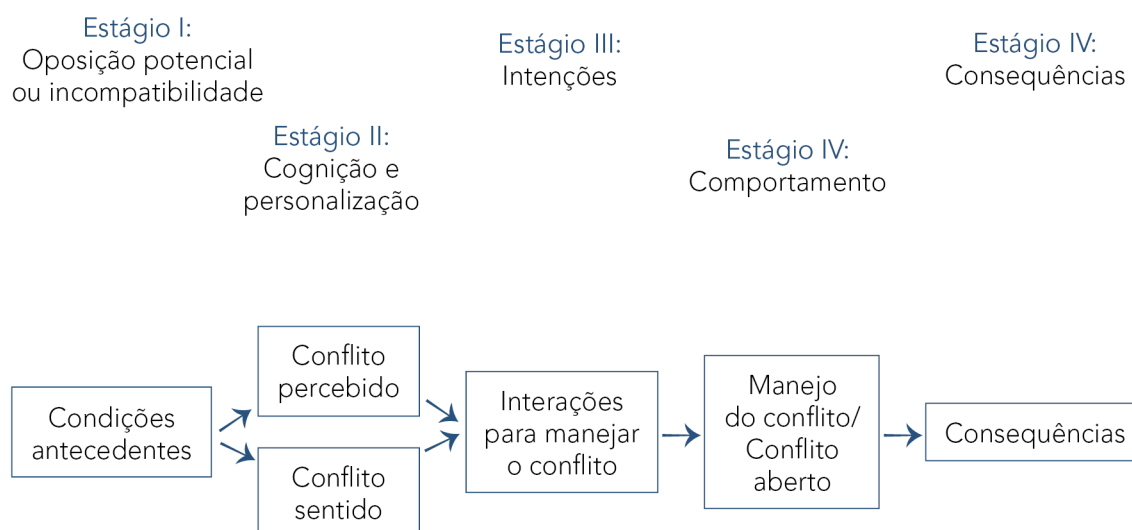


Figura 1 – Estágios de desenvolvimento do conflito.

Estágio I: refere-se à compreensão dos fatores antecedentes ao conflito. Na situação-problema, envolve a situação de pandemia, além do relacionamento entre os indivíduos.

Estágio II: para que o conflito passe a existir, este precisa ser sentido e percebido. Na situação-problema, a família percebe que o idoso não quer cumprir o isolamento e, conseqüentemente, se afetar com essa decisão, o que favorece o surgimento do conflito. O conflito é sentido como mais ou menos intenso por diferentes membros da família.

Estágio III: frente à percepção do conflito, as partes tendem a avaliar como irão se comportar. É uma etapa fundamental para a definição das estratégias para o manejo do conflito.

Estágio IV: envolve a implementação de uma estratégia para manejo do conflito ou, se nada for feito, pode se configurar como a expressão do conflito propriamente dito. Considerando a situação problema, se nenhuma estratégia for utilizada, o idoso e a família podem discutir de forma mais intensa com a presença inclusive de agressões verbais.

Estágio V: refere-se às consequências da ocorrência do conflito. Por exemplo, desgaste físico e emocional entre as partes envolvidas

Manejo do conflito: Conjunto de estratégias que podem ser utilizadas como forma de minimizar/interromper o conflito.

É importante destacar que o isolamento social pode implicar em diferentes **reações físicas e emocionais** (Quadro 1) que podem ser intensificadas em situações de conflito.

Quadro 1 – Reações físicas e emocionais apresentadas por famílias em isolamento

FÍSICAS	EMOCIONAIS
• Mudança no padrão de sono • Mudança nos hábitos de alimentação • Alteração na capacidade de atenção e memória • Abuso no consumo de álcool, cigarro, medicamentos e outras substâncias. • Exaustão • Isolamento	• Medo • Preocupação exagerada • Apatia • Ansiedade • Angústia • Incerteza • Frustração • Raiva • Desesperança

3. Conheça alternativas

Aplicação da estratégia de resolução de conflitos

A resolução de conflitos envolve tanto recursos percebidos como sentidos, que interagem na regulação da conduta do indivíduo. Durante o período de isolamento, os conflitos na família podem se manifestar por meio do confronto ou desacordo e a capacidade de resolução depende do repertório que cada pessoa dispõe e do contexto onde estão inseridos. Neste sentido, a maneira como a família se comporta na resolução de conflitos, fornece informações importantes ao profissional sobre a dinâmica existente.

É relevante que o psicólogo identifique que tipo de conflito está ocorrendo porque tal situação pode afetar negativamente o funcionamento familiar. O estresse envolvido na situação pode predispor o emprego de estratégias negativas, tais como discutir, se exaltar, gritar, agredir ou deixar de conversar com o parceiro (como no exemplo clínico 2). Conflitos mal resolvidos geram frustração e raiva, o que cria um ciclo em que a discórdia se torna cada vez mais frequente e hostil.

O conflito é esperado em qualquer família e pode ser considerado construtivo ou destrutivo, conforme o manejo adotado. Enquanto alguns podem resultar em estreitamento das relações entre os membros, outros podem levar à insatisfação e à infelicidade. Estratégias consideradas construtivas envolvem a resolução do conflito ou qualquer tentativa nessa direção, manifestações de apoio e afeição, pedidos de desculpas e explicações aos filhos sobre os problemas dos pais. Por outro lado, estratégias destrutivas envolvem agressão ou violência (física ou verbal), isolamento, submissão, hostilidade, perseguição, ameaças e exposição das crianças aos conflitos. A distinção entre os comportamentos construtivos e destrutivos apresentados por cônjuges em situação de conflito também pode ser feita com base nas consequências para as demais pessoas da família. Utilizando o exemplo clínico 2, durante a sessão de aconselhamento *online* com a Mariana, o psicólogo explorou como ela se sentia em relação à falta de ajuda do marido nas atividades acadêmicas das crianças. Foi uma oportunidade para que ela expressasse sentimentos de raiva e frustração. Além disso, percebia que os filhos já não pediam ajuda a ele.

Essa sessão permitiu a orientação para que Mariana conversasse sobre a situação com o marido de maneira assertiva, quando estivesse se sentindo mais calma. Sugeriu-se que incluísse demonstrações de apoio (relembresse outros momentos em que o marido ajudou em outras atividades) e de atitudes que favorecessem a resolução do problema (falar o que estava incomodando, expressar sentimentos, escutar o outro). Mariana se preocupou com o fato de as crianças terem presenciado, com mais frequência, discussões entre eles neste período. O terapeuta explicitou que, diante das crianças, o casal deveria discutir temas menos controversos e intensos, além de procurar demonstrar segurança e tranquilidade. Ainda que frequentes, essa atitude do casal frente aos desentendimentos pode não gerar reações negativas em crianças, o que não seria prejudicial. A exposição a alguns tipos de conflito pode até servir de modelo para o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas ou estratégias de enfrentamento em crianças. Já a exposição a situações conflituosas frequentes e intensas, envolvendo agressão, acarreta em sofrimento para todos.

Mesmo com a intervenção *online*, o profissional pode realizar orientações, (com ambos ou cada um separadamente) que contribuam para o desenvolvimento de repertório que auxilie na resolução de conflitos. A atuação está direcionada ao estágio III (intenções) e IV (comportamento) – ver Figura 1 –, buscando avaliar a situação, definir e implementar técnicas para o manejo do conflito. Para isso, utiliza-se da escuta ativa e estabelecimento de uma relação empática com o casal. A escuta ativa é mais eficaz quando os parceiros participam juntos nas sessões *online*. Permite ao profissional a análise do conteúdo e da linguagem não verbal entre eles, identificando a dinâmica de relacionamento e o tipo de comunicação na família. O profissional deve estar atento porque é comum que cada um queira falar e

expressar seus sentimentos sem ouvir o que o outro tem a dizer. Tal situação pode contribuir para dificuldades na resolução do conflito e a ocorrência de mais desentendimentos e estresse.

Em relação ao exemplo clínico 1, a sessão de aconselhamento *online* foi realizada com a filha do Sr. José. Buscou-se trabalhar a qualidade da relação da família. Na sessão, foram incluídos exercícios para o desenvolvimento de empatia em relação a situação (por exemplo, tentar imaginar como uma pessoa com a idade dele, com uma história de autonomia e de independência poderia estar se sentindo diante das restrições impostas). Foram levantadas atividades de interesse que o Sr. José poderia realizar em casa (pequenos consertos, organização de fotos antigas, jardinagem, marcenaria, pintura) e sugeridas alternativas para melhorar a comunicação ("pai, imagino como deve ser difícil para você ficar em casa todos esses dias porque para mim também é", "vou pedir para que o senhor faça isso para mim. Assim você me ajuda e ocupa o seu tempo neste período"). Importante sempre incluir a demonstração de afeto e a possibilidade para que cada pessoa possa expressar os sentimentos diante da situação.

A estratégia de resolução de conflitos foi trabalhada com a filha do Sr. José por meio do incentivo em relação a demonstração de respeito por ele, pela sua experiência e história. Orientou-se para que não houvesse julgamento de valores ("ele é muito teimoso") em relação as suas atitudes. O idoso pode ter um padrão comportamental mais resistente a mudanças. Além disso, não se deveria tirar conclusões precipitadas e que não ajudariam na resolução do problema ("acho que está ficando gagá porque não quer obedecer"). Sugeriu-se que a filha se certificasse que o Sr. José havia compreendido os motivos dos pedidos. Deveria oferecer condições para que realizasse atividades para não se sentir ocioso e que poderiam facilitar o seguimento de regras estabelecidas (não sair de casa). Neste caso, o profissional pode identificar os pontos negativos do conflito (cansaço, estresse, preocupação), mas também os pontos positivos (aproveitar o período para realizarem atividades prazerosas juntos). Na sessão, o profissional deve buscar auxiliar na compreensão do que cada um está sentindo, por meio da elaboração de perguntas esclarecedoras.

A seguir, será apresentada a estratégia de resolução de conflitos utilizada com os exemplos clínicos 1 e 2. A aplicação da estratégia apresenta as seguintes etapas:

- 1ª etapa – preparação
 - Identificar o que a situação (isolamento) está provocando na família. Perceber o que incomoda: mudança na rotina, acúmulo de atividades, desorganização do ambiente, falta de privacidade, atitudes do parceiro, privação do contato social, dificuldade para realizar atividades reforçadoras (confinamento por muitos dias) e quais os sentimentos (raiva, tristeza, frustração)?
 - Formular o problema em frases simples e concretas.
 - Preparar os pontos principais para expor ao outro. Identificar a melhor forma de abordar o assunto, como falar, quando falar, o que explicar.
 - Pensar em resultados que seriam aceitáveis (quais objetivos pretende atingir?).

- 2ª etapa – exposição
 - Assegurar que pode falar sobre o assunto sem ser interrompido.
 - Ficar atento no modo como fala (não ser agressivo, intimidador).
 - Utilizar frases na primeira pessoa: No caso do exemplo clínico 2 “Eu sinto que estou precisando de ajuda com as atividades acadêmicas das crianças”.
 - Manter-se restrito somente às coisas importantes. Abordar os temas essenciais e expor o significado deste conflito para si próprio. Não culpar o outro. Dar exemplos de situações específicas (“ontem estava cozinhando e o Mateus falou que não conseguia fazer a tarefa sozinho. Tive que parar de cozinhar para atendê-lo”).
 - Não fazer generalizações. Não usar expressões “Sempre sou eu que faço tudo” ou “Você nunca ajuda”.
 - Respeitar o outro (não ridicularizar, não utilizar o sarcasmo, não utilizar comentários inadequados).
 - Utilizar frases claras (“Gostaria de contar com você para ajudar com a tarefa das crianças”).
 - Focar nas atitudes ou mudanças que quer – e não no que não quer (“Gostaria que você tomasse esta iniciativa sem que eu precisasse pedir”).
 - Expor um problema de cada vez.
 - Focar no presente (e não no passado).
 - Não ter medo de admitir o que está sentindo (“Me sinto estressada e sobrecarregada neste momento”).

- 3ª etapa – compreensão da sua demanda
 - Assegurar que o outro compreendeu o que você necessita. O fato de ser mal compreendido pode agravar ou estender o conflito. O importante é confirmar com o parceiro que ambos estão falando a “mesma coisa”. Pedir ao outro para repetir o que ouviu.
 - Confirmar ou corrigir equívocos. Chegar a um acordo em comum sobre o que foi dito.

- 4ª etapa – escuta
 - Ouvir a demanda do outro e como está se sentindo (“Estava envolvido com o meu trabalho e não percebi que o Mateus precisava de ajuda”. “Percebi que você estava chateada com alguma coisa mas não sabia o motivo”).

- Não interromper. Permita ao parceiro expor o seu ponto de vista.
- Focar a atenção naquilo que o outro está dizendo, sem ficar pensando nas eventuais respostas que você pode dar.
- 5ª etapa – compreensão do outro
 - Certificar-se que realmente compreendeu o que o outro disse. Pode ocorrer que o conflito seja o resultado de uma interpretação equivocada sua sobre o que o outro disse.
 - Devolver ao outro o que compreendeu. Para isso, o recomendado seria utilizar frases como “Agora eu percebi que você não tinha escutado o Mateus pedir ajuda na tarefa”).
 - Tentar chegar em um consenso sobre o que o outro disse.
- 6ª etapa – identificação conjunta do problema
 - Assegurar que ambos estão de acordo sobre o que é o problema a ser resolvido (“Os dois precisam ajudar as crianças com as atividades acadêmicas”).
 - Identificar diferenças relativas aos resultados que esperam.
- 7ª etapa – busca por soluções
 - Propor soluções que podem resolver o problema (“Quando você estiver ocupada avise para que eu possa auxiliar nas atividades escolares das crianças”).
 - Permitir que o outro também sugira soluções. (“Vamos sempre comunicar ao outro o que precisamos”).
- 8ª etapa – negociação
 - Considerar que o objetivo da resolução do conflito não é “ganhar”, mas sim chegar a uma solução que seja satisfatória para ambos.
 - Propor uma solução que seja considerada adequada para ambos.
 - Perceber que quando se está preparado para se adaptar às necessidades do outro, estabelecendo um compromisso, o outro provavelmente também estará mais disponível para fazer o mesmo.
 - Não negar as soluções propostas pelo outro porque podem ser possíveis. Caso não encontrarem uma solução, podem concordar em discordar. Existem situações ou temas que simplesmente não podem ser resolvidos ou mudados (por ex. sentimentos do outro em relação ao isolamento;

preocupações financeiras). Nesta condição, mesmo não gostando, a aceitação é o mais adequado.

- Avaliar as condições que facilitaram ou dificultaram o manejo da situação, por exemplo, o cansaço de um dos envolvidos, o período em que a estratégia foi aplicada, etc.

- 9ª etapa – avaliação

- Avaliar os resultados da discussão: o comportamento, os sentimentos dos envolvidos, pontos positivos e o que pode ser melhorado.

O Quadro 2 apresenta um resumo da estratégia de resolução de conflitos apresentada anteriormente.

Quadro 2 – Etapas da estratégia de resolução de conflitos

ETAPAS	COMPORTAMENTO
1	Você identifica e formula o problema.
2	Você fala e o outro escuta.
3	O outro fala o que escutou.
3	Em conjunto chegam a um acordo sobre o que foi dito.
4	O outro fala e você escuta.
5	Você fala o que escutou.
5	Em conjunto chegam a um acordo sobre o que o outro disse.
6	Em conjunto definem o problema.
7	Cada um sugere soluções.
8	Em conjunto chegam a um acordo sobre que solução implementar.
9	Em conjunto avaliam comportamentos, sentimentos e realizam feedback da estratégia.

A situação de isolamento da família exige adaptação às mudanças impostas. Essa adaptação só é possível por meio da capacidade de aceitação dessas mudanças. O estresse advindo dessa condição pode suscitar conflitos entre os membros. A proposta de resolução não é evitar completamente os conflitos, uma vez que não deve ser considerado necessariamente uma coisa negativa ou prejudicial. Muito pelo contrário, a ocorrência de conflitos é normal em qualquer tipo de relação e, se geridos de forma eficaz, podem ter resultados positivos para os envolvidos e para a sua relação.

4. Acompanhamento

Quando a estratégia estiver sendo utilizada pela família de maneira eficaz, é possível observar que a habilidade para a resolução de conflitos pode ter ajudado a:

- Fortalecer a relação (aumentar a confiança que podemos resolver eficazmente os problemas atuais e futuros).
- Esclarecer os mal-entendidos e ressentimentos.
- Perceber quais problemas são realmente importantes para resolver agora. Resolver conflitos eficazmente motiva para outras resoluções.
- Conhecer o outro, o que é importante para ele e quais são os seus valores.
- Conhecer a si próprio, o que é relevante para mim e os meus valores. Importante perceber que discutimos mais com pessoas que são verdadeiramente importantes para nós.
- Expressar emoções. O que não se expressa pode contribuir para prejudicar a relação. A expressão assertiva de sentimentos é necessária em qualquer relação.

Bibliografia

1. Dawson KS, Bryant RA, Harper MH, Tay AK, Rahman A, Schafer A, Van Ommeren M. (2015). Problem Management Plus (PM1): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, 14(3). DOI 10.1002/wps.20255. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592660/pdf/wps0014-0354.pdf>
2. Mader J. (2009). Resolução de Conflitos. *GAPsi-FCUL*. Gabinete de Apoio Psicopedagógico. https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Resolucao_de_Conflitos.pdf
3. Robbins, S. P. (2006). Conflito e negociação. In: _____. *Comportamento Organizacional* (325-348). São Paulo: Pearson.

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>

Manejo das alterações de sono no contexto de enfrentamento da COVID-19

Katie Moraes de Almondes

1. Entenda o contexto

No enfrentamento da pandemia da COVID-19, a principal vacina continua sendo a manutenção do isolamento social. Para a população, o confinamento em casa com o distanciamento das relações sociais, fechamento de escolas, fechamento de restaurantes e bares, *home office* (trabalho remoto em casa), *lay-off* (suspensão do contrato de trabalho previsto em lei com redução temporária da jornada de trabalho e da remuneração) ou o desemprego, trazem mudanças profundas às rotinas normais para pessoas de todas as idades e classes sociais.

Uma dessas mudanças é a alteração do sono pela quebra da rotina (interrupção da vida diária) e irregularidade nos horários de dormir e acordar. O sono é importante em razão do seu papel fundamental no sistema imunológico e na regulação emocional. Alterações do sono podem predispor aos distúrbios do sono com consequências diretas para a saúde mental (precipitando ou perpetuando a ansiedade, o estresse e a depressão) e para a saúde fisiológica.

Já para os profissionais de saúde submetidos aos esquemas de turnos, que estão na linha do enfrentamento da pandemia, pelas jornadas extensas e extenuantes, com pouquíssimas pausas, vivenciam dessincronizações rítmicas, além do desequilíbrio entre esforço de horas no trabalho e recompensa em salvar vidas, resultando em um impacto na capacidade de trabalho, agravado por falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), medo de contrair o vírus, medo de voltar para casa e contaminar seus familiares. Entre as consequências, a insônia e a qualidade de sono ruim têm sido apontadas como um dos resultados negativos.

Dessincronizações rítmicas: quando a organização temporal entre os ritmos biológicos – ciclo claro e escuro ambiental (luz solar e escuro à noite) – e os horários sociais (trabalho e escola, por exemplo) são rompidos ou não estão sincronizados.

Capacidade de trabalho: capacidade para executar seu trabalho em função das exigências/natureza do trabalho, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais.

Sono e sistema imunológico: sem sono suficiente, o corpo produz menos citocinas, um tipo de proteína que tem como alvo infecções e inflamações, criando efetivamente uma resposta imune. As citocinas são produzidas e liberadas durante o sono. A perda crônica de sono torna a vacina contra a gripe menos eficaz, reduzindo a capacidade de resposta do seu corpo.

Sono e regulação emocional: a associação entre insônia e depressão é bidirecional, dificultando a identificação da relação entre causa e efeito. A insônia é um fator potencial preditor para recorrentes ou novos episódios de depressão. Dados mostram que a insônia aumenta em até quatro vezes o risco para depressão, mesmo quando controlado os sintomas de depressão basal, em estudos de seguimento de até 10 anos. Por outro lado, a depressão é identificada como maior causa de insônia crônica. Alterações de sono relacionadas ao estresse são comuns e os indivíduos sensíveis à interrupção do sono relacionados ao estresse têm maior probabilidade de desenvolver insônia crônica. A insônia preexistente também é um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático quando exposto a um estressor importante, que por si só está associado a um aumento da perturbação do sono.

Exemplo clínico 1

Como médica intensivista em uma capital brasileira, M. está acostumada a lidar com situações de alta gravidade, mas ela diz que o surto da COVID-19 é diferente de tudo o que ela já viu antes. Nas últimas semanas, as salas de cirurgia foram transformadas em unidades de terapia intensiva (UTIs), médicos de todas as especialidades foram convocados para o serviço de emergência e dois de seus colegas se tornaram pacientes de UTI. Embora M. se orgulhe de seus colegas de trabalho por terem aceitado o desafio, ela diz que tem sido difícil para eles travarem uma batalha prolongada contra uma doença mortal, altamente contagiosa e sem cura conhecida. “O resultado disso é que não consigo dormir. Estou com insônia associada ao meu trabalho por causa dos longos plantões e, na hora de encerrar meu plantão, penso em não voltar mais”.

Exemplo clínico 2

“Minha família e eu estamos em quarentena há três semanas. É um tédio! Acho, às vezes, que é uma bobagem esse negócio de ficar em casa. Ficamos comendo, assistindo televisão, que só mostra coisas deste corona e nos diz para continuarmos em casa. Estamos trocando o dia pela noite porque dormimos demais durante o dia, pois assistimos séries até às 5h da manhã. Estou ficando sem energia e sem disposição. Além disso, a única pessoa que saía de casa era meu marido, que precisava trabalhar, pois ele é enfermeiro. Resultado: ele contraiu a COVID-19. Está isolado no quarto. Fizemos o teste preocupados em termos pego COVID, mas só ele deu positivo. Pedi para eu ligar para o serviço de vocês para passar um remédio, pois ele está sem conseguir dormir. Não aguenta mais ficar em casa e saber que precisam dele no hospital e ele aqui.”

2. Identifique conceitos-chave

Alterações de sono: mudanças transitórias em relação aos horários de acordar e dormir com repercussões para a quantidade e qualidade de sono, normalmente devido a dificuldades situacionais.

Distúrbios do sono: alterações mais graves do padrão de sono e vigília com repercussões para quantidade e qualidade de sono, e para a qualidade de vida, com critérios nosológicos definidos, patofisiologia, prognóstico, fatores de predisposição, precipitação e de perpetuação, curso e tratamento específico para cada distúrbio.

Insônia: O transtorno de insônia é um quadro clínico de queixa de dificuldade persistente com o início, a duração, a consolidação ou a qualidade do sono, apesar da oportunidade e das circunstâncias adequadas para dormir. Esses sintomas devem causar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental. O transtorno de insônia está associado com a duração e a frequência das queixas. Quando a insônia ocorre em razão de outro distúrbio do sono-vigília, transtorno mental ou condição médica, ela deve ser diagnosticada apenas se for um foco independente da atenção clínica e se essas condições forem tratadas e ela persistir. A insônia que ocorre devido ao uso de substâncias ou drogas deve ser diagnosticada como insônia associada a essa condição.

3. Conheça alternativas

Manejo para a população com alterações de sono neste momento COVID-19

- Definir programação e rotina – estabelecer uma rotina pode facilitar uma sensação de normalidade, mesmo em tempos anormais. É mais fácil para a mente e o corpo se acostumarem a um horário de sono consistente, motivo pelo qual os especialistas em saúde recomendam, há muito tempo, evitar grandes variações nos seus horários diários de sono. A perda da estrutura diurna pode perturbar os horários de sono noturno. Horas de dormir e horários de vigília inconsistentes podem mudar a pressão (ou o desejo) de dormir, tornando a capacidade de adormecer menos previsível.
- Agenda diária para o padrão de sono:
 - hora de acordar – definir alarme, ignorar o botão soneca e ter um horário fixo para começar a agenda de atividades todos os dias.
 - tempo de descanso pré-sono – este é um momento importante para relaxar e se preparar para dormir. Pode envolver coisas como leitura leve, alongamento e meditação, juntamente com os preparativos para a cama, como vestir pijamas e escovar os dentes. Dado o estresse da pandemia de coronavírus, é aconselhável evitar notícias e vídeos sobre esse tema próximo ao horário de dormir.
 - hora de dormir – escolher um horário consistente para realmente apagar as luzes e tentar adormecer.

Cuidados para higiene do sono

- Reservar a cama para dormir: não fazer da cama e do quarto de dormir uma extensão da cozinha, do escritório e de outras atividades, tais como levar para cama um *notebook* para assistir filme ou série, que são estimulantes e resultam em excitação cognitiva e fisiológica, impossibilitando o relaxamento pré-sono.
- Manter uma dieta saudável pode promover um bom sono: ter cuidado com a ingestão de álcool e cafeína, especialmente no final do dia, pois ambos podem atrapalhar a quantidade e a qualidade do seu sono.
- Dificuldade em adormecer: em qualquer noite, se a pessoa estiver com dificuldade para iniciar o sono, orientar que ela não gaste mais de 20 minutos virando de um lado para outro. Oriente que a pessoa saia da cama e faça algo relaxante com pouca luz e depois volte para a cama para tentar adormecer.
- Orientar a troca frequente dos lençóis: afogar os travesseiros e fazer a cama pode manter a cama fresca, criando um ambiente confortável e convidativo para dormir.

- Cuidar os cochilos: com o isolamento, os indivíduos ficam tentados a tirar mais sonecas. Embora uma soneca curta no início da tarde possa ser útil para algumas pessoas, é melhor evitar longos cochilos no final do dia que possam prejudicar o sono noturno. O ideal são 20 a 30 minutos de cochilos, logo após o almoço.
- Ver a luz: a exposição à luz desempenha um papel crucial para ajudar nosso corpo a regular o sono de maneira saudável. Ao lidar com o isolamento, a incerteza da volta à normalidade, da interrupção da vida diária e dos estresses e ansiedades frente à pandemia, orientar medidas para que as dicas baseadas em luz tenham um efeito positivo no padrão de sono dos indivíduos:
 - orientar que os indivíduos passem algum tempo fora de casa com luz natural, ou seja, saiam até o quintal, jardim ou porta de casa para se submeterem à luz solar. Mesmo que o sol não esteja brilhando intensamente, a luz natural ainda tem efeitos positivos para permanecer ajustando o sono à fase de escuro/noite e atividade à fase de claro/dia;
 - tanto quanto possível, orientar a abrir janelas e persianas para deixar a luz entrar em na casa durante o dia;
 - chamar a atenção para que os indivíduos estejam atentos ao tempo de exposição às telas dos dispositivos eletrônicos. Verificou-se que a luz azul produzida por dispositivos eletrônicos, como telefones celulares, *tablets* e computadores, interfere nos processos naturais de promoção do sono do corpo. O excesso de tempo na tela, especialmente no final da noite, não apenas estimula o cérebro de maneira que dificulta o relaxamento, mas a luz azul das telas pode suprimir a produção natural de melatonina, um hormônio que o corpo produz para sinalizar a promoção do sono noturno. Evitar, tanto quanto possível, o uso desses dispositivos por uma hora e meia antes de dormir é a orientação, somado as dicas de usar as configurações do dispositivo ou aplicativos especiais que reduzem ou filtram a luz azul;
 - fique ativo: é fácil ignorar o exercício com tudo o que acontece no mundo, mas as atividades diárias regulares são essenciais para a saúde e para promover o sono de qualidade à noite. Há vários estudos mostrando relações fisiopatológicas entre falta de exercício físico e alteração de sono. Entretanto, a dica é não se exercitar poucas horas antes de dormir, porque a estimulação do esforço físico pode dificultar o início do sono.

Alternativas para ajudar na promoção do sono

- Utilizar técnicas de relaxamento: encontrar maneiras de relaxar pode ser uma ferramenta potente para melhorar o sono. Respiração profunda, alongamento, ioga, meditação de atenção plena, música relaxante e leitura tranquila são apenas alguns exemplos de técnicas de relaxamento que podem ser incorporadas nas rotinas diárias. Aplicativos para *smartphone*, como Headspace e Calm, possuem programas projetados para pessoas novas em meditação e podem servir de apoio.
- Outra estratégia de relaxamento durante esta pandemia é evitar ficar sobrecarregado por notícias relacionadas ao coronavírus, que perpetuam a ansiedade e o estresse. Por exemplo, você pode sugerir técnicas, incluindo:
 - reduzir o tempo total gasto nas mídias sociais. Há vários aplicativos que podem monitorar e até bloquear o tempo em sites ou aplicativos de mídia social todos os dias;
 - marcar um ou dois sites de notícias confiáveis e visitá-los apenas durante um tempo limitado e predefinido por dia, preferencialmente durante as manhãs e tardes. O estresse elevado e a sobrecarga de informações podem manter a mente acelerada e elevar a resposta do sistema de excitação do corpo, provocando insônia;
 - agendar chamadas telefônicas ou de vídeo com amigos e familiares e organizar horários com antecedência para se concentrar em outros tópicos, além do coronavírus.

Manejo das alterações de sono para os profissionais de saúde que estão no enfrentamento da COVID-19

- Estimular que o profissional de saúde tente obter luz natural durante o dia. Se não for possível, usar luzes brilhantes no trabalho, mas não na sala ou local onde dorme no trabalho. A ideia é obter pouca luz no local onde dorme para ajudar na pressão de propensão ao sono. Sugerir o uso de máscaras para dormir que ajudam a escurecer o ambiente a favorecer o sono é uma boa estratégia.
- No tempo livre, estimular que o profissional de saúde tente se exercitar regularmente, mas não antes da hora de dormir ou antes dos cochilos de pausas do trabalho.
- Estimular a escolha de atividades relaxantes, inclusive com a família, antes de dormir ou cochilar – ler um livro usando uma técnica de relaxamento.
- Sugerir que a ingesta alimentar envolva refeições leves, em horários determinados, se possível, e não imediatamente antes do início do sono desejado, para evitar perturbações do sono em razão da digestão.

- Orientar os profissionais de saúde que aprendam com os sinais e sintomas – prestar atenção e diferenciar sonolência, fadiga, medo, sentimentos de tristeza, retraimento, culpa, ansiedade, estimulando que procurem fazer pausas e pedindo ajuda profissional. Isso inclui a ajuda psicológica.
- Se o profissional identificar sintomas relacionados à privação de sono, fadiga, erros na execução das tarefas relacionados ao trabalho, incapacidade de se concentrar ou tomar decisões, irritabilidade extrema ou reações emocionais fortes, ele deve informar colegas e superiores e tirar uma soneca. Mesmo uma soneca curta pode ajudar a reduzir parcialmente esses sintomas.
- Ao sair de um turno longo, recomende ao profissional de saúde que não dirija para casa em seu carro para evitar acidentes. Se possível, caminhar para casa ou ir de bicicleta; caso não seja possível, pegar um táxi ou ônibus para casa.
- Estimular o profissional de saúde reserve tempo para ele e para sua família, ajustando-se à maneira como estão lidando com a pandemia.
- Estimular o profissional de saúde a limitar, tanto quanto possível, o tempo de exposição às notícias sobre a COVID-19 para não exacerbar a ansiedade.
- Estimular o profissional de saúde a criar um esquema de atividades de cuidados pessoais que ele goste, quando não estiver cuidando de pacientes, como passar um tempo com amigos (virtualmente) e com a família, se exercitar ou ler um livro.
- Infelizmente, alguns profissionais de saúde podem ser evitados por sua família ou comunidade devido ao estigma (ver Tópico 4, Peuker & Modesto, 2020) ou medo. Isso pode tornar uma situação já desafiadora muito mais difícil. Se possível, sugira que o profissional de saúde permaneça conectado com os entes queridos, mesmo por meio de métodos digitais, que é uma maneira de manter contato. Conversar com os colegas ou outras pessoas confiáveis para obter suporte social e para expressar estresse e outras emoções e preocupações com a situação de trabalho durante o dia – os colegas podem estar tendo experiências semelhantes – é outra sugestão apreciada.

4. Acompanhamento

Além da continuidade de toda etiqueta respiratória (conjunto de medidas comportamentais que devem ser tomadas ao tossir ou espirrar), recomendadas para evitar a doença, considere sua própria higiene do sono como outra recomendação para ajudar seu cliente (população e/ou profissional de saúde) a se manter protegido.

Para aqueles que desenvolveram um distúrbio do sono (como insônia) nesse período da quarentena ou que já tinham distúrbio do sono associado a outros problemas de saúde é aconselhável encaminhar para que entre em contato com um especialista. No Brasil, há psicólogos especialistas com certificação em psicologia do sono pela Associação Brasileira do Sono (ABS) e pela Sociedade Brasileira de

Psicologia (SBP) e que estão disponíveis para atendimento *online* e/ou por *e-mail* para permitir que os pacientes discutam preocupações sem precisar visitar fisicamente o consultório.

Para os quadros mais graves, há também médicos especialistas em sono disponíveis ao atendimento por meio da telemedicina. A síndrome de apneia obstrutiva do sono, por exemplo, é um distúrbio do sono que necessita de supervisão de um especialista constante, pois é um distúrbio causado pela obstrução completa ou parcial recorrente das vias aéreas superiores durante o sono, o que resulta em períodos de apneia, dessaturação de oxi-hemoglobina e fragmentação do sono noturno, com consequente sonolência diurna excessiva, estando associado a vários quadros clínicos importantes.

O consenso sobre o uso restrito de medicamentos hipnóticos no tratamento da insônia deve-se principalmente à natureza crônica do distúrbio e à falta de evidências da eficácia a longo prazo da farmacoterapia. No entanto, em casos graves de insônia aguda devido a estressores externos (confinamento domiciliar), a farmacoterapia a curto prazo pode ser eficaz e pode ser prescrita por um especialista médico.

- Estresse e ansiedade podem dificultar a obtenção de uma quantidade saudável de sono a cada noite.
- Dormir regularmente com qualidade suficiente é um componente importante da sua saúde física e mental.
- A privação do sono pode reduzir seu sistema imunológico e aumentar a inflamação no corpo, tornando-o mais vulnerável a doenças.

Bibliografia

1. Almondes, Katie Moraes de. (2013). Psicologia da saúde e cronobiologia: diálogo possível?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 646-655. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300010>
2. Altena, E., Baglioni, C., Espie, C.A., et al. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy [published online ahead of print, 2020 Apr 4]. *Journal Sleep Research*, 10.1111/jsr.13052. doi:10.1111/jsr.13052
3. Agudelo, H.A.M., Sacks, S., Almondes, K.M., Pérez, G.J.T., Liparoti, P., Rey, M.J.M. (2020). Documento que transcribe, contextualiza y consensa para Latinoamérica, las recomendaciones de la APA y la WHO, para afrontar las consecuencias psicológicas frente a la epidemia COVID-19. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sueño, Asociación Latinoamericana de Psicología del Sueño.

4. Sleep Guidelines During the COVID-19 Pandemic. National Sleep Foundation <https://www.sleepfoundation.org/sleep-guidelines-covid-19-isolation>. 2020

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>

Apoio psicológico para pais de crianças de 0 a 11 anos durante a pandemia de COVID-19

Patrícia Alvarenga
Antonio Carlos Santos da Silva
Débora Gomes Valois Coutinho
Luna Araujo Freitas
Zelma Freitas Soares

1. Entenda o contexto

A pandemia de COVID-19 e o distanciamento social trouxeram novas demandas e desafios para famílias com filhos pequenos. Os pais que estão trabalhando em casa precisam conciliar o trabalho e as tarefas domésticas com a necessidade de dedicar tempo e atenção aos filhos.

As crianças sentem saudades dos parentes e amigos que estão afastados e têm medo da doença. Além disso, elas têm dificuldade de compreender o que está acontecendo e se aborrecem por ficar por muito tempo em casa. Por todas essas razões elas demandam mais atenção e paciência por parte dos adultos.

Para os pais que perderam seu trabalho ou estão impossibilitados de trabalhar devido ao distanciamento social, o desafio é ainda maior: procurar conter a ansiedade, as preocupações e a sensação de impotência, para que consigam atender a todas essas demandas dos filhos.

Exemplo clínico 1

A mãe de um menino de 10 anos e de uma menina de 5 anos ligou para um serviço de apoio psicológico por chamadas telefônicas de áudio, relatando que os filhos discutem e se agredem fisicamente várias vezes ao dia. Diz que a frequência das brigas aumentou após o início do distanciamento social. A menina recusa-se a realizar atividades de aprendizagem propostas pela mãe e, quando isso acontece, o menino diz à mãe que tampouco fará suas tarefas escolares. A mãe tem trabalho remoto a fazer diariamente em casa e o pai perdeu o emprego após o início do

distanciamento social. A mãe chora ao relatar a situação e diz sentir-se “emocionalmente esgotada” devido ao comportamento dos filhos e à preocupação com a situação econômica da família.

Exemplo clínico 2

A mãe de um menino de 11 anos ligou para um serviço de apoio psicológico por chamadas telefônicas, relatando que o filho tem dificuldade para adormecer à noite, acorda durante a madrugada e não consegue voltar a dormir. Durante o dia, a criança pede à mãe, que é professora de história, que ensine a ele o conteúdo sobre a gripe espanhola. A mãe percebe que o filho está muito angustiado e ansioso, embora ele não fale do que está sentindo. A rotina diária da criança consiste em realizar tarefas escolares por cerca de uma hora e meia e brincar com jogos eletrônicos ou assistir filmes durante o restante do tempo.

2. Identifique conceitos-chave

Problemas internalizantes infantis são comportamentos que indicam dificuldades emocionais como medo, ansiedade, preocupações ou tristeza persistentes, queixas somáticas como dores no corpo e retraimento social. Além de sofrerem influência de fatores hereditários e culturais e de características de temperamento, os problemas internalizantes tendem a estar associados a práticas parentais superprotetoras ou autoritárias, assim como àquelas que não apoiam a expressividade emocional da criança, dificultando a aprendizagem da autorregulação emocional.

Problemas externalizantes infantis são dificuldades comportamentais que se manifestam nas relações interpessoais da criança, como agressividade, desobediência, oposicionismo, temperamento exaltado e impulsividade. O desenvolvimento dos problemas externalizantes está associado à genética, ao temperamento e a práticas culturais. No que se refere às práticas parentais, tanto a permissividade quanto o excesso de práticas coercitivas e autoritárias estão associados a esse padrão comportamental. A disponibilidade emocional e afetividade reduzidas dos pais também costumam ser observadas. Em muitos casos, a inconsistência nas práticas, que ora são autoritárias, ora são permissivas, é uma característica determinante do ambiente familiar que explica o perfil externalizante.

O bem-estar subjetivo dos pais aproxima-se da noção de felicidade e pode ser definido como a avaliação subjetiva que a pessoa faz da sua satisfação com a vida e do seu equilíbrio entre afetos positivos (alegria, prazer, autoconfiança, entusiasmo, etc.) e negativos (raiva, desprezo, culpa, medo/ansiedade, etc.). Pessoas com bom nível de bem-estar subjetivo descrevem sua vida como satisfatória, com boa qualidade nas interações sociais e experiências agradáveis e gratificantes.

A literatura indica que os níveis de bem-estar subjetivo de uma pessoa podem ser prejudicados por ameaças à sobrevivência e subsistência, por perdas materiais e afetivas e por sintomas de transtornos mentais comuns como depressão, ansieda-

de e estresse. Por outro lado, ter a satisfação de necessidades básicas assegurada, manter hábitos saudáveis, e cultivar interações sociais baseadas em cooperação e apoio recíproco contribuem para aumentar a sensação de bem-estar subjetivo.

3. Conheça alternativas

As alternativas discutidas neste artigo são produto de programas de intervenção com foco na promoção da parentalidade e do desenvolvimento infantil, implementados e avaliados pelo grupo de pesquisa dos autores, no Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Até o momento, todos os programas haviam sido implementados em formato presencial, com grupos ou casos individuais, em escolas, hospitais e comunidades de Salvador/BA. Em razão da circunstância de distanciamento social, as estratégias de intervenção foram reunidas em um novo protocolo para o atendimento dos pais via chamadas telefônicas. As alternativas, apresentadas a seguir, foram divididas em três seções que apresentam as principais queixas associadas aos três conceitos-chave: problemas internalizantes infantis, problemas externalizantes infantis e declínio do bem-estar subjetivo dos pais.

Problemas internalizantes: lidando com dúvidas, preocupações, medo e tristeza da criança

As crianças sentem medo e preocupam-se com a pandemia, assim como sentem saudade das pessoas que estão distantes e se entristecem por não poderem brincar normalmente. Os pais devem observar os filhos e, ao notar que estão tristes, preocupados ou amedrontados, ajudá-los a falar do que estão sentindo. É fundamental escutar a criança, mostrando que é natural que ela se sinta desse modo. Compartilhar com os filhos experiências de medo, saudade ou tristeza da própria infância também é uma estratégia bastante eficaz. Somente depois que a criança conseguir falar bastante do que está sentindo, os pais podem então encontrar junto com ela alguma forma de fazê-la sentir-se melhor, como falar por telefone com uma pessoa de quem está sentindo falta ou fazer algo divertido. Recomenda-se também que, na medida do possível, a família mantenha contato regular com familiares e pessoas queridas pelo celular e redes sociais, e que inclua a criança nesses contatos.

Quanto à compreensão da doença e da necessidade do distanciamento social, as crianças podem repetir as mesmas perguntas várias vezes como uma forma de compreender e de buscar segurança. É importante ser paciente e explicar a situação de forma simples e falando a verdade. Estas são algumas formas de explicar a situação:

- algumas pessoas estão doentes com uma gripe muito forte, mas estão sendo bem cuidadas nos hospitais pelos médicos ou em casa pelos parentes;
- a gripe pode passar de pessoa para pessoa como qualquer gripe;
- todas as pessoas da cidade, os adultos e as crianças, precisam ajudar para que a gripe não se espalhe;

- é por isso que as escolas, parques, shoppings e praias estão fechados e cada família está ficando só em casa;
- esse tempo de ficar só em casa vai passar, mas até lá temos esse desafio: ficar em casa e ser paciente;
- todos ficamos chateados por ter que ficar em casa, mas temos que nos tratar com carinho.

Por fim, se houver alguém doente na casa ou na família, é importante garantir à criança que essa pessoa está sendo bem cuidada e que ficará bem. Além disso, o afeto físico (colo, abraços, beijos e cafuné) acalma e dá segurança.

Problemas externalizantes: lidando com o tédio, a desobediência e a irritabilidade da criança

Estabelecer uma rotina diária e fazer atividades prazerosas com a criança irá ajudá-la a se sentir tranquila, ativa e menos entediada. Combinar com todos que moram na casa os horários e atividades ajuda a família a reservar o tempo necessário para as diferentes tarefas domésticas e de trabalho, ajuda a manter a criança ativa e ter sono à noite, evita que o tempo seja gasto em atividades que podem gerar ansiedade e mal-estar (por exemplo, se expor a um excesso de más notícias) e faz com que todos sintam que o dia passou depressa e foi bem aproveitado.

A rotina combinada em família é também essencial para a harmonia no convívio em espaços pequenos, que tendem a aumentar o desconforto do isolamento e o estresse. O horário para as atividades escolares da criança deve estar previsto nessa rotina. Caso a escola não esteja mandando tarefas, os pais podem revisar os conteúdos com a criança, refazendo tarefas ou brincando de escola (a criança é o professor e ensina os pais). Os pais também podem propor desafios, como escrever um texto curto com pequenos erros e pedir que a criança o corrija.

Também é natural que a criança se torne mais irritada, teimosa ou birrenta e que brigue mais com os irmãos. Todos esses comportamentos são, frequentemente, uma forma de atrair a atenção dos pais. Nessas situações, a recomendação é evitar discussões ou “broncas”. Os pais podem usar uma dessas alternativas:

- ignorar a criança enquanto ela estiver xingando, chorando ou reclamando e, logo depois, dar para ela duas opções (vamos brincar disso ou daquilo?);
- no caso de agressão física entre irmãos, imediatamente colocar cada um sentado em um cômodo separado ou em cadeiras distantes uma da outra, sem acesso a brinquedos, televisão, celular ou atenção dos pais por 10 minutos.

Enquanto a primeira estratégia é a mais recomendada para comportamentos irritantes e desagradáveis, mas que não oferecem risco para a criança ou para a família, a segunda estratégia é recomendada no caso de comportamentos agressivos e

desafiadores. Contudo, é crucial atentar para o fato de que essas estratégias só serão eficazes se os pais forem genuinamente atentos, interessados e afetuosos com os filhos em outras situações do dia a dia. Ou seja, é fundamental se interessar pelo que os filhos estão fazendo e criar oportunidades para lhes dar a atenção e o carinho de que precisam. Daí a importância de programar atividades e brincadeiras em família e aproveitar esses momentos para incentivar o carinho e a amizade entre os irmãos.

Por fim, é interessante incentivar os pais a aproveitar o tempo extra que ganharam para estar com os filhos e encarar a pandemia, o distanciamento social e outras dificuldades que venham a surgir como oportunidades para ensinar aos filhos novas habilidades, entre elas, lidar com situações frustrantes ou indesejáveis com paciência e perseverança.

Declínio no bem-estar subjetivo dos pais: promovendo a estabilidade emocional

As crianças prestam atenção nos adultos para saber como lidar com o estresse. Assim, pais que estão muito ansiosos, queixosos ou irritados, poderão observar comportamentos e emoções semelhantes em seus filhos. Os bebês são ainda mais sensíveis do que crianças maiores ao estado mental e emocional dos pais, e sincronizam-se rapidamente com a emoção predominante de seus principais cuidadores. É evidente que é natural sentir-se preocupado, ansioso, angustiado e frustrado com a situação provocada pela pandemia; porém, quando esses sentimentos comprometem a rotina, os relacionamentos ou o bem-estar dos filhos, é importante adotar estratégias para restabelecer o próprio equilíbrio emocional.

O primeiro passo nesse sentido é cuidar do próprio corpo, se alimentando bem e se engajando em uma rotina diária ativa e recompensadora. Por exemplo, boa alimentação e uma rotina de atividades favorecem a qualidade do sono. É importante lembrar também que esses cuidados não só aumentam o bem-estar físico, mas também contribuem para a imunidade. Em segundo lugar, é importante cuidar do funcionamento mental e emocional. Uma medida fundamental é regular a exposição a notícias sobre a pandemia. O ideal é checar as notícias somente uma vez por dia em fontes confiáveis, evitando assistir telejornais ou programas sobre o coronavírus na presença da criança. Ao invés de investir muito tempo em informações sobre a doença e as medidas governamentais, dedicar parte desse tempo ao aprendizado de uma nova habilidade, por exemplo, pode causar uma sensação maior de satisfação e aproveitamento do tempo.

Outra forma produtiva de usar o tempo de distanciamento social é conversar com pessoas queridas que possam ser referências sociais de otimismo, positividade e superação. Do mesmo modo, procurar pelos parentes e amigos para oferecer apoio e conforto também gera sentimentos positivos e tranquilizadores e diminui a sensação de solidão. Os pais também devem ser estimulados a transmitir afeto positivo e entusiasmo durante a execução de tarefas domésticas e em atividades prazerosas com a família, e observar atentamente os benefícios decorrentes dessas trocas positivas para o seu equilíbrio e bem-estar emocional.

Por fim, recomenda-se aos profissionais que organizem informações úteis sobre serviços gratuitos, auxílios emergenciais e fontes que ensinam estratégias para prevenir e tratar a doença em materiais que possam ser facilmente enviados ou entregues às famílias. Receber essas informações por escrito, de forma simples e organizada no momento em que elas são necessárias, aumenta a probabilidade de que os pais consigam buscar o serviço e suprir suas necessidades, especialmente em situações em que seu equilíbrio emocional se encontra abalado.

4. Acompanhamento

As rápidas mudanças sociais e econômicas decorrentes da pandemia de COVID-19 têm afetado de forma marcante o bem-estar subjetivo individual e a dinâmica das famílias. É necessário que os profissionais da saúde mental busquem informações atualizadas e se preparem para atender às novas demandas de pais e crianças com sensibilidade, agilidade e eficiência.

O conjunto de alternativas gerais de orientação a pais aqui apresentado certamente não contemplará a diversidade de problemas que serão enfrentados pelas famílias, especialmente as situações mais graves. De qualquer modo, elas podem servir de referência para a elaboração de estratégias mais complexas e individualizadas.

Recomenda-se o acompanhamento dos resultados da implementação das alternativas sempre que possível, e a indicação de acompanhamento psicológico regular *online* para crianças e pais com demandas que não tenham sido contempladas pelas orientações específicas.

Bibliografia

1. 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. *Lancet* 2020, 395, 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
2. Danese, A., Smith, P., Chitsabesan, P., & Dubicka, B. (2019). Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *The British Journal of Psychiatry*, 1-4. doi:10.1192/bjp.2019.244
3. Diener, E. (2020). Happiness: the science of subjective well-being. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF Publishers. Retrieved from <http://noba.to/qnw7g32t>
4. Harvard University, Center on the Developing Child. A guide to COVID-19 and early childhood development. Retrieved from <https://developingchild.harvard.edu/guide/a-guide-to-covid-19-and-early-childhood-development/>

5. Inter-Agency Standing Committee. (2020). Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Retrieved from <https://www.unicef.org/documents/briefing-note-addressing-mental-health-psychosocial-aspects-coronavirus-disease-covid-19>
6. Oliveira, D. R. (2018). Crianças em situações de riscos e desastres: atenção psicossocial, saúde mental e direitos humanos. (tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-04092018-103504/publico/oliveira_do.pdf
7. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. (2020). Pais e filhos em confinamento durante a pandemia de COVID-19. Recuperado de https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22420c-NAleria Pais e Filhos em confinamento COVID-19.pdf
8. World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>

Violência contra a mulher

Leonardo Cavalcante de Araújo Mello
João Gabriel Modesto

1. Entenda o contexto

Em função das recomendações de isolamento social, as pessoas têm permanecido mais tempo em suas casas. Embora isso seja benéfico para redução do contágio da COVID-19, o maior tempo em casa possui alguns impactos negativos como a presença de conflitos intrafamiliares,¹ culminado no aumento da violência doméstica, conforme tem sido denunciado pela Organização das Nações Unidas (ONU). A(o) profissional de psicologia que esteja atuando no contexto atual da pandemia deve, portanto, cabe se atentar para esse fenômeno.

Exemplo

Bianca é psicóloga de um núcleo de apoio à saúde da família de uma grande cidade brasileira. Além de produzir atendimentos grupais com diversos formatos e objetivos (por exemplo, grupo de hipertensos, grupo de idosos, grupo de planejamento familiar, etc.), Bianca também atua realizando visitas e atendimentos domiciliares.

No contexto atual, de pandemia causada pela COVID-19, e em função das medidas adotadas de distanciamento social, Bianca está atuando principalmente na realização de acolhimentos individuais (de pessoas que buscam orientações em função da pandemia ou de casos diversos, como os de ideação suicida), ou na construção, junto às equipes dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e das unidades básicas de saúde (UBS), de estratégias de educação em saúde (voltadas especialmente para a prevenção do contágio pela COVID-19), além de participar ativamente nas estratégias de monitoramento de casos suspeitos.

Recentemente, Bianca acolheu em escuta privada uma mulher, que fora encaminhada pela médica de uma das equipes de saúde da família, com uma demanda relacionada à extrema ansiedade. Angélica, de 48 anos, relata que desde que o

¹ Essa temática já foi alvo de uma produção específica da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e está disponível no link: http://www.sbp-online.org.br/arquivos/To%CC%81pico_7_O_distanciamento_social_tende_a_nos_aproximar_daqueles_com_quem_moramos_mas_que_normalmente_n%C3%A3o_convivemos_o_tempo_todo_.pdf

isolamento social teve início, não consegue dormir bem, tem apresentado coceiras por todo o corpo, além de relatar dois episódios que evidenciam o que parece ter sido ataques de pânico (taquicardia intensa, sensação de quase morte, sudorese). Angélica relatou que sempre foi um pouco ansiosa, mas que nunca havia sentido algo como sentiu nesses dois episódios. Relatou que “tudo ficou mais intenso depois que começou esse negócio de não ir para o trabalho”.

Angélica mora em uma casa de três cômodos com o marido, de 57 anos, com quem é casada há 20 anos, além de uma filha, de 5 anos, que também está em casa em função da quarentena. Angélica falou de como os dias ficaram mais complicados depois que tudo isso começou, pois além da preocupação em não contrair a COVID-19, ainda tem que lidar com seu marido 24 horas por dia. Ele é garçom em um restaurante do centro da cidade e razão da proibição da abertura de bares e restaurantes, encontra-se em casa sem ir ao trabalho há quase um mês.

Durante toda sua conversa com Bianca, Angélica pouco remeteu suas angústias e preocupações ao contexto específico da crise causada pela pandemia, mas centrou sua narrativa em como estar com seu marido o tempo inteiro tem sido doloroso para ela e sua filha pequena. “Ele passa o dia me xingando, me chamando de preguiçosa, de burra, sempre na frente de nossa filha. Só se dirige a mim gritando. Sempre foi assim, mas era suportável porque nós dois passávamos o dia trabalhando. Só costumávamos nos encontrar tarde da noite, quando ele chegava para dormir, e na saída de casa para o trabalho, de manhã cedo. Agora, ele disse que vai ficar no meu pé 24 horas porque está percebendo o quanto eu estou preocupada com os vizinhos. Ele fica insinuando que eu estou me oferecendo para os vizinhos”, relata Angélica. E continua: “a situação está de um jeito que ele não me deixa sozinha um minuto! Além disso, tomou meu celular para eu não ligar para ninguém e disse que só quem vai no mercado agora é ele, para controlar o que eu gasto, e ainda vai usar o meu dinheiro, doutora, o meu dinheiro!”. Angélica prossegue: “no dia que eu pensei que iria morrer do coração ele disse que era frescura e mandou eu ir tomar banho que passava. Me senti um lixo, sendo tratada pior do que cachorro de rua. Na segunda vez, que aconteceu dois dias depois, ele ficou rindo da minha cara enquanto eu pedia socorro, com minha filha chorando nos meus pés. Pode isso, doutora? Eu não sei o que fazer, consegui vir aqui nesse postinho porque minha vizinha, que sempre escuta ele gritando comigo, conseguiu me trazer enquanto ele foi no mercado comprar carne”. Bianca percebe que o caso de Angélica se relaciona às características de violência doméstica, tal como descritas na Lei Maria da Penha, além de recordar ter lido recomendações técnicas que alertavam os profissionais de saúde e segurança pública para a possível explosão de casos de violência doméstica potencializadas pelo confinamento doméstico.

2. Ativar conceitos-chave

Violência contra a mulher: qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial

Violência física: conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher, a exemplo de espancamentos, sufocamentos, queimadura, empurrões, beliscões, lesões causadas por armas de fogo ou objetos perfurocortantes.

Violência sexual: conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada. Alguns exemplos são: estupro, forçar matrimônio, impedir uso de contraceptivos, forçar um aborto, dentre outros.

Violência psicológica: conduta que gere dano emocional, diminuição da auto-estima, que prejudique o pleno desenvolvimento da mulher ou controle suas ações, crenças e decisões. Alguns exemplos são: ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação, chantagem, dentre outros.

Violência moral: Conduta que envolva calúnia, difamação ou injúria. Alguns exemplos são: acusar a mulher de traição, expor a vida íntima do casal, desvalorizar a mulher pelo modo de se vestir, dentre outras ações.

Violência patrimonial: Conduta que configure retenção, destruição parcial ou total de seus objetos, documentos pessoais e recursos econômicos. Alguns exemplos são: controlar o dinheiro, furto, destruição de documentos pessoais, causar propositalmente danos a objetos da mulher.

Ciclo de violência contra a mulher: conjunto de comportamentos, contextos e situações específicas que evidenciam que uma agressão (de qualquer formato) está prestes a acontecer. São situações que variam em forma e intensidade, mas costumam se repetir dentro de uma vivência conjugal. Se caracteriza por três fases principais:

- **Fase 1 – aumento da tensão:** etapa em que o/a agressor/a constantemente se mostra irritado ou tenso por coisas triviais que acontecem no dia a dia com sua companheira. Isso se expressa por acessos de raiva, humilhações, ameaças e/ou destruição de objetos. Essa tensão pode durar dias, ou até mesmo anos, se naturaliza e pode aumentar até se consumir a fase 2.
- **Fase 2 – ato de violência:** fase em que há a materialização dos diversos tipos de violência possíveis. Algumas reações possíveis da mulher são sentimento de paralisia e impossibilidade de reação, acompanhadas de medo, insegurança, solidão, ansiedade. Nessa fase também é comum ser o momento em que a mulher consegue buscar algum tipo de ajuda, a partir de denúncias ou acolhimento em casa de parentes e amigos.
- **Fase 3 – lua de mel:** etapa caracterizada por um conjunto de comportamentos do/a agressor/a que denotam arrependimento pelos seus atos violentos, seguidos de comportamentos carinhosos e promessas constantes de mudança desses atos. Em geral, há uma pressão por parte desse agressor/a para reatar o relacionamento, bem como também por parte da sociedade. Essa pressão torna o ambiente psicológico da agredida fértil para uma responsabilização dos atos de violência, e, em consequência disso, um misto de medo, confusão e culpa, que viabilizam o retorno para um contexto que, paulatinamente, deverá retomar a um aumento na tensão entre o casal (Fase 1).

São diversas as possíveis consequências para uma mulher vítima de violência, a saber:

- **Saúde mental**
 - ansiedade
 - estresse
 - problemas com o sono
 - abuso de álcool e outras drogas
- **Saúde física**
 - dor de cabeça
 - lesões corporais
- **Saúde reprodutiva**
 - Gravidez indesejada
 - Aborto
 - Infecções sexualmente transmissíveis

3. Conhecer alternativas de atuação

Casos parecidos com o descrito no exemplo de Angélica, infelizmente são bastante comuns no contexto brasileiro e fortemente naturalizados como normais, em função da nossa cultura sexista.

Para a identificação e enfrentamento de casos de violência doméstica, profissionais da psicologia tem contado com algumas técnicas e dispositivos que podem ser úteis em contextos e situações de trabalho corriqueiras, assim como no atual contexto de pandemia. Serão destacadas aqui aquelas que não demandam atividades grupais, tendo em vista que, no atual contexto, devem ser evitadas, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, destaca-se a importância e a grande eficácia de dispositivos grupais em cenários diferentes do atual. São técnicas/dispositivos possíveis de serem implementados durante a pandemia a psicoeducação e o mapeamento da rede.

Psicoeducação

Esse dispositivo pode ser utilizado em diversos contextos e situações. Trata-se de buscar evidenciar, junto à pessoa atendida, elementos de ordem cognitiva, afetiva e comportamental que operam em relação ao contexto e fenômeno vivenciado. No caso de Angélica, a psicóloga Bianca pode fazer uso desse dispositivo no processo de acolhimento (sua chegada à unidade de saúde), assim como nos demais encontros entre as duas, seja em visitas domiciliares, seja em consultas previamente agendadas.

No processo de psicoeducação se almeja, por meio de instrumentos psicológicos (como a entrevista) ou pedagógicos (como a leitura guiada de cartilhas, por exemplo), ensinar a pacientes/usuárias do serviço (bem como a outros profissionais) sobre o contexto de violência que está sendo vivenciado. Com isso, é possível desenvolver um trabalho que busque produzir um permanente processo de conscientização da mulher acerca das violências cotidianas vividas. Dessa forma, espera-se que a vítima consiga identificar, por exemplo, qual momento do ciclo da violência está sendo vivenciado, e, com isso, construir estratégias de pedido de ajuda ou fuga. Além disso, o próprio processo de construção de uma rede de apoio se torna algo fundamental, e que pode ser identificada/construída via psicoeducação. É uma estratégia muito importante, tendo em vista que muitas mulheres não têm consciência de que estão submetidas a uma situação de violência doméstica.

Mapeamento da rede

Uma importante estratégia de enfrentamento às situações de violência doméstica está no trabalho em rede. Especialmente por meio dos encaminhamentos e dos processos psicoeducativos, psicólogas/os podem trabalhar informando as mulheres acerca de instituições e serviços de proteção para garantia de seus direitos.

Nesse atual cenário de crise, muitas instituições estão operando com trabalho remoto, não oferecendo atendimento direto ao público. Contudo, na seara de proteção à mulher, existem serviços essenciais que estão operando 24h horas para garantir a efetividade de ações que buscam dirimir situações de violência doméstica.

São alguns exemplos dessas instituições: delegacias de atendimento especializado à mulher (que recebem denúncias e iniciam o processo de investigação da violência, bem como convoca o sistema de justiça a se envolver com o caso investigado), defensorias públicas (que oferece orientação jurídica à mulher, bem como procede a sua defesa na esfera judiciária), centros de atendimento especializado da mulher (CEAMs, que acolhem, orientam e oferecem serviços psicossociais e jurídicos às mulheres), além de programas específicos, por exemplo, os programas de pesquisa, assistência e vigilância em violência (PAVs), que operam dentro de órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS) e estão em cada unidade da federação.

São importantes dispositivos da rede de proteção à mulher e enfrentamento à violência doméstica os canais de denúncia: 190 (polícia militar), disque 180 (central de atendimento à mulher) e o disque 100 (disque direitos humanos), que acolhem denúncias e oferecem, em tempo real, possibilidades de socorro (envio de viaturas ao local e orientações de como proceder numa situação grave de crise).

4. Acompanhar

Todas essas estratégias e dispositivos devem ter como perspectiva a permanente atuação objetivando construir práticas educativas que ofereçam à mulher a possibilidade de reconhecerem situações violentas, mesmo as mais naturalizadas, como no caso de Angélica (que compreendia como normal ser ofendida pelo companheiro diuturnamente), de modo que essas mulheres possam ter elementos para evitar situações de risco (por exemplo, identificando as fases do ciclo da violência doméstica, para, assim, agir no sentido de evitar a agressão).

Deve ser um norte dos profissionais de psicologia a construção permanente de redes de apoio social e afetivo no contexto dessas mulheres, a fim de que essas redes possam servir como base de sustentação de ações que busquem enfrentar o contexto de violência vivenciado.

Referências

1. <https://nacoesunidas.org/chefe-da-onu-alerta-para-aumento-da-violencia-domestica-em-meio-a-pandemia-do-coronavirus/>
2. <http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>
3. <http://www.pucrs.br/wp-content/uploads/2020/04/Cartilha-isolamento-e-violencia.pdf>
4. <http://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>

Manejo do estresse em níveis traumáticos em trabalhadores e pacientes de COVID-19

Ana Carolina Peuker
Katie Moraes de Almondes
Maria Cristina O. S. Miyazaki
Maria Rita Zoega Soares

1. Entenda o contexto

Doenças infecciosas tornaram-se um problema de saúde pública mundial no século XXI. A síndrome respiratória aguda grave (SARS) foi a primeira infecção importante nesse século e afetou inúmeros países. O seu impacto (Mak e colaboradores, 2010) auxilia a compreender as dificuldades presentes na pandemia pelo Sars-Cov-2 (COVID-19) que ocorre em uma escala mundial.

A adaptação frente às novas demandas, fonte de tensão advinda da COVID-19, é extremamente desafiadora. Trata-se de situação dinâmica e repleta de incertezas, em que se tinha – e ainda se tem – pouca informação, inclusive de sobrevivência. Estar exposto continuamente a episódio concreto ou de ameaça de morte ou lesão grave, com significado emocional negativo e aversivo, ou vivenciando evento com familiar ou amigo próximo com essas mesmas características, configura-se como evento traumático, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Profissionais na linha de frente no enfrentamento da COVID-19

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é uma das alterações mais relatadas pelos profissionais de saúde, basicamente mencionados pelos médicos e enfermeiros.

Além dos profissionais da saúde que estão literalmente no "front", é importante identificar outros trabalhadores, que atuam em atividades essenciais (saúde, alimentação, limpeza, transporte urbano, serviço funerário, segurança, entre outros) e também têm grandes chances de sofrer com estresse em níveis traumáticos e problemas de saúde mental não só durante, mas também no pós-pandemia. Podemos

mencionar: assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, maqueiros, atendentes das recepções de hospitais e unidades de pronto-atendimento (UPAs), nutricionistas, radiologistas, samuseiros, vigilantes das UPAs e hospitais, profissionais de limpeza, motoristas, agentes funerários, coveiros, entregadores de comida, funcionários de frigoríficos e supermercados, porteiros, além de policiais, bombeiros, jornalistas, motoboys, entre outros.

A pandemia da COVID-19 criou ambientes de trabalho altamente estressantes e “psicologicamente inseguros” para muitas pessoas. A crise pandêmica tem muitas fontes potenciais de trauma (mortes em larga escala, recessão econômica, desemprego, violência urbana, incerteza, falta de equipamentos de proteção – EPIs). Portanto, pode afetar os trabalhadores não só no âmbito profissional, mas também em âmbito pessoal. Para alguns, o sofrimento psíquico vivenciado de forma crônica, pode culminar em um quadro de TEPT ou, no caso daqueles com história pregressa de transtorno mental, agravar sintomas pré-existentes.

Exemplo Clínico 1: fisioterapeuta da unidade de terapia intensiva de um hospital

"Minha maior fragilidade é a perda dos pacientes. Confesso que eu desabo, principalmente quando me esforcei e vejo aquela vida se esvaindo. Rotina cansativa, correria para salvar vidas, protocolo para seguir com a colocação dos EPIs, ver meus colegas, em algumas situações, terem que fazer triagem de vida ou de morte, me causa angústia. Tenho tido *flashbacks* de gritos de dor, choro, tenho sentido muita ansiedade e insônia, que se alterna com pesadelos com balões que perdem o ar... tenho tentado evitar esses pensamentos intrusivos, mas não há jeito. Quando vejo, estou pensando como o mundo é mau e perigoso. Quando acordo e tenho consciência que preciso voltar para o hospital, sou invadido por muito medo... uma espécie de pânico e penso: não quero voltar!"

Exemplo Clínico 2: agente funerário

"Temos enterrado muita gente. Colocamos nossa vida em risco para cuidar dos mortos. Estamos abandonados. Tenho sentido muita dor no peito, tristeza, vontade de não trabalhar e uns sobressaltos... parece que faltam as pernas e que vou desmaiar. Fico lembrando dos cheiros, das conversas... Vejo aquelas covas que enterramos e agora sinto muito medo. Passo a noite acordando, suando, com o coração acelerado, em pânico, pensando que posso ser a próxima vítima. Também tenho tido problemas de memória: me atrapalho com a ordem do protocolo do trabalho, por exemplo. Estou muito desatento. Tento não ficar pensando nisso, mas as imagens ficam o tempo todo na minha cabeça."

Pacientes com COVID-19

Um trauma acarreta reações psicológicas, tais como: confusão, pânico, excitabilidade, nervosismo, raiva, pesadelos, sentimento de culpa, tristeza profunda, medo, embotamento emocional e desesperança (Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Wainrib & Bloch (2000) descreveram o trauma como um fenômeno particular e a forma como cada indivíduo reage a ele está relacionada à sua interação com o evento e com o ambiente.

Ter uma doença grave, com risco de morte, bem como ser internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI), são experiências traumáticas associadas a estressores físicos e psicológicos importantes, que podem aumentar o risco para problemas de saúde mental.

Trauma pode ser entendido como um forte abalo emocional ou moral, uma desorganização mental, choque ou transtorno que pode levar a um quadro psicopatológico. Pode ser definido por sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra a pessoa de reagir a ele de uma forma adequada, pelo transtorno que causa e pelos efeitos duradouros que provoca.

Embora muitos pacientes sejam resilientes e recuperem-se de uma experiência traumática, como um diagnóstico de COVID-19, alguns podem desenvolver determinados sintomas (a exemplo de ansiedade, depressão) e/ou transtornos mentais (como o TEPT). Uma internação em UTI pode ser necessária para o tratamento desses pacientes. Quando isso ocorre, variáveis que aumentam o risco para TEPT podem ser divididas em (Burki, 2019; Mark e colaboradores, 2010; Miyazaki e colaboradores, 2016; Righy e colaboradores, 2019):

- **pré-internação** – gravidade da doença, percepção de ameaça à vida, história de transtornos mentais;
- **durante a internação** – perda de controle, procedimentos invasivos, uso de benzodiazepínicos, duração do uso de ventilação mecânica, delirium;
- **pós-internação** – memórias da internação, pouco suporte social, sintomas de estresse agudo, memórias de experiências ameaçadoras.

Exemplo clínico 3: paciente com COVID-19 internada em UTI

Joana, 64 anos, com hipertensão, obesidade e déficit visual, foi internada na UTI de um hospital geral com COVID-19, horas após a sua mãe de 92 anos, que vivia com ela e com sua família, ter sido também internada com a doença. Após sua admissão na UTI, Joana apresentou importante piora do quadro clínico. Necessitou ventilação mecânica e sedação por duas semanas e sua mãe faleceu nesse período. Na terceira semana, após a retirada da ventilação mecânica, Joana apresentou *delirium*, com desorientação, agitação psicomotora, pensamento desordenado

e comportamento agressivo. Na quarta semana, após melhora do quadro clínico geral, foi transferida para a enfermaria. Durante toda a internação, o marido e a filha de Joana receberam orientações da psicóloga que faz parte da equipe da UTI e puderam, por celular e com auxílio da profissional, ver Joana e conversar com ela quando possível. Joana só soube da morte da mãe após ter alta e estar em casa. Chorou muito, sentia-se culpada por não ter conseguido proteger a mãe da doença, alimentava-se pouco e teve importante perda de peso. Apresentava prejuízo no sono, acordando várias vezes durante a noite com pesadelos sobre seu período de internação na UTI. Passou a checar frequentemente a temperatura do marido e da filha, com medo de que elas também adoecessem. Várias vezes ao dia tinha lembranças angustiantes da internação e sentia como se estivesse novamente na UTI. Esforçava-se para não pensar na UTI e na morte da mãe, mas de repente esses pensamentos apareciam na sua mente. Sentia-se culpada por ter sido contaminada e pela morte da mãe. Evitava visitas de parentes (da irmã e do cunhado, por exemplo) pois acreditava que eles iriam culpá-la pela morte da mãe. Dois meses após a alta hospitalar, como esses sintomas não melhoraram, a filha entrou em contato com a psicóloga que havia realizado o atendimento durante a internação, que encaminhou Joana a um serviço de saúde mental.

2. Identifique conceitos-chave

Estresse: uma reação natural do organismo frente a situações percebidas como uma ameaça ou que colocam em risco a sua homeostase.

Estressor: evento ou estímulo que provoca estresse (veja mais sobre estresse e estressor no Tópico 2).

Evento traumático: a exposição a um evento traumático, que compromete a integridade física do próprio indivíduo ou de outro, pode ter um efeito negativo por um longo tempo (décadas, por exemplo), mesmo após o afastamento da pessoa do evento.

Situações ambientais que causam estresse podem ser agrupadas em **acontecimentos vitais** (também denominados eventos de vida estressores) e **acontecimentos diários menores**. Os eventos de vida estressores podem ser classificados em dependentes (em sua interação com o ambiente, o comportamento da pessoa provoca consequências desfavoráveis a ela) e independentes ou que estão além do controle do indivíduo (morte de um familiar). Os eventos de vida estressores, embora possam acarretar sintomas psicológicos, quando removidos, podem reduzir o quadro psicopatológico. Os acontecimentos diários menores, por sua vez, quando persistem ao longo do tempo, podem causar tensão crônica e levar a sintomas e transtornos mentais, como TEPT, transtorno de estresse agudo (TEA), transtornos de adaptação e luto traumático (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios para o diagnóstico de TEPT, TEA, transtornos de adaptação e luto traumático

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (socorristas; policiais repetidamente expostos a violência).

Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes recorrentes e involuntárias do evento traumático.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (*flashbacks*, por exemplo) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (em geral, devido à amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo ("sou mau", "não se deve confiar em ninguém", "o mundo é perigoso", "todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre").

Os sintomas se manifestam, em geral, dentro dos primeiros três meses depois do trauma

Transtornos de adaptação

O estressor pode ser de qualquer gravidade ou tipo. A resposta ao estressor contempla vivenciar diretamente o evento traumático, testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas, saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo, ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático. Também pode acontecer um transtorno de adaptação quando há sintomas como o de TEPT, mas não há eventos traumáticos como no TEPT (separação conjugal, demissão do trabalho).

Transtorno de estresse agudo (TEA)

O transtorno de estresse agudo é distinto do TEPT porque seu padrão sintomático é restrito **à duração de três dias a um mês** depois da exposição ao evento traumático

Luto Traumático

Luto por homicídio ou suicídio com preocupações persistentes e angustiantes em relação à natureza traumática da morte (geralmente em resposta a lembranças de perda), incluindo os últimos momentos do falecido, grau de sofrimento e lesão mutilante ou natureza maliciosa ou intencional da morte

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

A forma como uma pessoa responde ao estresse depende da interação entre as características individuais e o ambiente, bem como da percepção que a pessoa tem de sua capacidade para responder ao estressor. A síndrome geral de adaptação ao estresse compreende três fases:

1. alerta – quando o organismo se mobiliza para uma resposta de "luta ou fuga" frente a um estressor;
2. resistência – quando há uma mobilização para restabelecer a homeostase do organismo;
3. exaustão – quando a adaptação falha e o organismo torna-se vulnerável.

O estressor pode se manter por um longo período, de forma repetida ou extrema. Além disso, pode apresentar aspectos aversivos e mobilizadores de muita ansiedade e angústia associadas aos eventos traumáticos. Se o indivíduo não consegue encontrar estratégias eficazes de enfrentamento, pode não conseguir se adaptar ao contexto e desenvolver transtornos mentais relacionados ao estresse: TEPT, transtornos de adaptação, TEA e luto traumático (American Psychiatric Association, 2014).

Nem todas as pessoas expostas ao enfrentamento da COVID-19, incluindo os eventos potencialmente traumáticos associados à crise pandêmica, desenvolverão transtornos mentais. O risco e/ou vulnerabilidade de uma pessoa para o quadro pode depender da resposta ao evento quando ocorre, da intensidade da memória do evento; do estilo de enfrentamento, a personalidade ou experiências pregressas; de sentimentos de segurança e apoio (rede social, recursos de enfrentamento ou *coping*).

Entretanto, em se caracterizando o quadro de TEPT, faz-se importante conhecer sua sintomatologia. Existem três sintomas centrais no TEPT: revivência, entorpecimento emocional e hiper-estimulação (reatividade) autonômica.

Revivência

É o sintoma mais típico de TEPT (por exemplo, casos clínicos 1 e 2). Ocorre quando, involuntariamente e vividamente, a pessoa apresenta sofrimento psíquico ao reviver e experimentar as sensações negativas associadas com o evento traumático por meio de:

- *flashbacks*;
- pesadelos;
- imagens ou sensações repetitivas e angustiantes;
- sensações físicas, como dor, sudorese, enjoo ou tremores (reatividade fisiológica evocada por estímulos associados ao trauma).

Alguns indivíduos têm pensamentos negativos constantes sobre sua experiência traumática, repetidamente, fazendo a si mesmos perguntas que as impedem de aceitar o evento e que podem gerar culpa e vergonha (caso clínico 3, por exemplo).

Entorpecimento emocional

Evitar lembrar do evento traumático é outro sintoma central do TEPT. Em geral, o indivíduo passa a se esquivar de certos locais, atividades ou pessoas que lembram a situação traumática ou de falar com alguém sobre sua experiência (ver caso clínico 1). As pessoas com TEPT se esforçam para suprimir as recordações do evento, distraíndo-se com o trabalho ou com outras atividades. Algumas pessoas esquivam-se dos seus sentimentos, evitando sentir emoções (esquiva). Isso é conhecido como distanciamento ou entorpecimento emocional. Podem ocorrer ainda:

- esforços para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma;
- esquiva de locais, atividades e/ou pessoas associadas com o trauma;
- redução e/ou perda do interesse nas atividades;
- sensação de distanciamento em relação a outras pessoas;
- restrição da expressão afetiva/ "entorpecimento" emocional;
- sentimento de desesperança.

O conjunto destes sintomas pode fazer a pessoa se isolar e desistir de atividades que gostava.

Hiperestimulação autonômica (sentindo-se "no limite")

As pessoas com TEPT sentem-se muito ansiosas e acham difícil relaxar. É como se estivessem com o botão do "pânico" ativado. Por isso, ficam constantemente atentas às ameaças e se assustam facilmente (reatividade). Esse estado interno é conhecido como "hiper-excitação" (*hyperarousal*) (caso clínico 3, por exemplo). Pode incluir:

- irritabilidade;
- explosões de raiva/descontrole emocional;
- problemas de sono (insônia);
- dificuldade de concentração;
- sensação de exaustão/despersonalização.

Outros problemas

Muitas pessoas com TEPT também têm vários outros problemas, como:

- outros transtornos mentais, como depressão, ansiedade ou fobias;
- comportamentos de risco, como uso de drogas lícitas e ilícitas;
- sintomas físicos, como dores de cabeça, tonturas, dores no peito e dores de estômago, entre outros.

Às vezes, o TEPT leva a problemas relacionados ao trabalho (perda da produtividade, erros/acidentes, absenteísmo) (caso clínico 2, por exemplo) e de relacionamento interpessoal (conflitos/brigas com colegas, familiares e/ou amigos). Os sintomas específicos do TEPT podem variar amplamente entre os indivíduos, mas geralmente se enquadram nas categorias já descritas.

3. Conheça alternativas

Prevenção

A abordagem precoce de problemas relacionados à saúde mental é a maneira mais efetiva para prevenir transtornos mais graves, que podem ocorrer em médio e longo prazo. Após um trauma são esperadas reações emocionais intensas, a maioria compatíveis com o momento traumático vivenciado. O psicólogo que atua nesse tipo de intervenção deve ser ativo, ágil, flexível, direto e orientado para objetivos rápidos. Deve colocar em prática ações para definir metas, resolver problemas e superar dificuldades. Deve estar atento às necessidades imediatas do paciente, familiares e equipes de profissionais, com capacidade para atuar em um período reduzido.

Diversas estratégias podem auxiliar no manejo do estresse e na prevenção de sintomas e transtornos mentais após a internação hospitalar, inclusive em UTI (Miyazaki e colaboradores, 2014). Elas incluem:

- Propiciar oportunidades de contato entre paciente e familiares sempre que possível (usando celulares, *laptops*, *tablets*).
- Auxiliar a manter o paciente orientado quanto ao tempo e ao espaço, como alternativa para reduzir a ansiedade.
- Orientar a equipe para manter o paciente confortável e sem dor e para reduzir estímulos que prejudicam o sono, principalmente nos plantões noturnos (alarmes, conversas, iluminação).
- Manter a família informada sobre o estado do paciente e facilitar a comunicação com os profissionais, respondendo a suas dúvidas.

- Contribuir para que a família se sinta compreendida.
- Utilizar escuta ativa, cuidadosa e atenta. Fazer perguntas quando necessário, para compreender a mensagem e os sentimentos do paciente e dos familiares.
- Acolher, respeitando as necessidades do paciente e buscando a formação de vínculo.
- Fornecer apoio emocional, incentivo à confiança, encorajamento e empatia.
- Incentivar a expressão de sentimentos do paciente e dos familiares, sem julgar.
- Identificar estressores e ensinar de estratégias de enfrentamento para as condições que podem ser modificadas.
- Orientar e realizar psicoeducação.

Manejo terapêutico de apoio

Estratégias de manejo terapêutico de apoio e medidas psicoprofiláticas podem ser usadas pelos psicólogos com pacientes que desenvolveram resposta traumática ao estresse (U.S. Department of Veterans Affairs, 2020), como os que estão em isolamento em casa, internados ou saíram da internação hospitalar, e para os profissionais.

- Permanecer conectado: estimular conversar com amigos, familiares e outras pessoas regularmente pode ajudar a reduzir os sentimentos de isolamento. Isso pode envolver mensagens de texto, fazer chamadas telefônicas ou enviar um e-mail.
- Usar técnicas para manter a calma: pode incluir qualquer estratégia, desde praticar yoga e usar técnicas de relaxamento, até atividades prazerosas como ouvir música. Incentivar a realização de atividades que sejam significativas e que possam ser realizadas no contexto em que está inserido.
- Focar em um senso de controle: tentar melhorar seu senso de controle e capacidade de suportar situações estressantes. Se concentrar nas coisas que pode controlar e não nas coisas que não pode controlar, o que colabora para a redução dos níveis de estresse: aprender um novo *hobby*, apoiar os filhos nos trabalhos escolares, etc.
- Manter a esperança: tentar manter uma postura positiva por meio da utilização de uma perspectiva de longo prazo, olhar para o futuro, ser paciente e gentil consigo mesmo, celebrar qualquer sucesso, fazer pausas e realizar atividades agradáveis.
- Evitar o uso do álcool, tabaco ou drogas, que são estratégias negativas de enfrentamento e podem piorar a situação em longo prazo. Manter uma rotina, dormir bem em termos de qualidade e quantidade de sono, e ter uma alimentação saudável, o que contribui para o controle do estresse.

Primeiros cuidados psicológicos

ESCUTE, sem pressionar para que o indivíduo relate o que passou, mas prestando atenção e ouvindo ativamente; acalmar alguém em perigo; perguntar sobre necessidades e preocupações; ajudar a encontrar soluções para necessidades e problemas.

AUXILIE, esclarecendo dúvidas, auxiliando em questões de segurança, estimulando comportamentos saudáveis e positivos, estimulando o foco na esperança e planejamento do futuro quando tudo isso passar, estimulando senso de autoeficácia baseado em estratégias que o indivíduo utilizou em situações que, em sua avaliação, foram estratégias que deram resultado.

CONECTE, incentivando o uso da rede de suporte social, conectando-se com entes queridos, tentando solucionar problemas práticos, acessando serviços e outros tipos de ajuda (OMS, 2015).

Na sequência é importante que adicione também, a depender da gravidade do quadro, a modalidade de intervenção em crise em formato breve. Essa modalidade ajuda de forma imediata as pessoas a restaurar seu equilíbrio e adaptação psicossocial. Seus componentes incluem (Raffo, 2005):

- estabelecer contato: convidar a falar sobre seus sentimentos e os fatos (como percebe a situação que enfrenta). A pessoa deve se sentir apoiada e compreendida, o que ajuda na minimização do sofrimento;
- analisar o problema: analisar o passado imediato, presente e futuro imediato para identificar os estressores, os conflitos existentes e as estratégias de enfrentamento adaptativas e desadaptativas, para ajudar a identificar quais problemas devem ser manejados de imediato e quais se pode adiar;
- analisar as possíveis soluções: analisar, baseado nas estratégias que se têm adotado como positivas, quais poderiam ser reforçadas ou quais deveriam ser sugeridas, propondo alternativas mais viáveis;
- executar a ação concreta mediante a análise: estimular que os indivíduos executem uma ação de cada vez para manejar a crise, dando um passo de cada vez;
- seguimento para analisar o progresso: verificar as redes de apoio que precisam ser estimuladas a serem resgatadas, manter um contato posterior para averiguar a evolução do caso e/ou encaminhar para um profissional de saúde mental. Às vezes, a pessoa não consegue seguir com sua tomada de decisão e é importante o contato de seguimento para incentivar a tomada de decisão para lidar com o contexto;
- oferecer informação: sobre rede de apoio profissional em situações de urgência, sobre contatos de profissionais.

Se a resposta ao estresse for básica ou cumulativa, a sugestão é utilizar a psicoterapia de apoio com medidas de psicoeducação (citadas anteriormente), técnicas de relaxamento, técnicas comportamentais de higiene do sono (ver Tópico 8), medidas psicoprofiláticas como manejo cognitivo de preocupações e regulação emocional.

Abordagem institucional

Caso o psicólogo tenha acesso às instituições onde profissionais com TEPT ou outro transtorno mental atuam, deve auxiliar gestores na organização do ambiente de trabalho (ver Tópico 2). Deve contribuir para a desestigmatização da doença mental nesta situação, condição relevante para o estabelecimento de políticas e práticas de cuidados e suporte psicológicos. Restauri & Sheridan (2020) propõem desenvolvimento de seminários psicopedagógicos sobre sintomas de TEPT e *burnout*, com discussões realizadas por especialistas, com objetivo de estimular o desenvolvimento de recursos internos e externos adequados para os profissionais afetados, que podem não reconhecer a doença ou os sintomas presentes.

Abordagem inicial para profissionais que desenvolveram TEPT

- Eduque o trabalhador sobre o transtorno. Você deve contextualizar o problema, explicar as causas, as consequências (anedonia, baixa produtividade, dificuldades de sono, problemas físicos, dificuldades/conflitos interpessoais, consumo exacerbado de álcool e/ou outras drogas), as formas de tratamento e os recursos disponíveis.
- Estimule o trabalhador a falar sobre seus pensamentos, sentimentos e eventos associados ao trauma.
- Aconselhe o trabalhador permanecer em contato, ainda que virtual (videochamadas, mensagens de texto), com sua rede de apoio social (amigos, familiares e colegas de trabalho). Conversar com pessoas queridas e compartilhar experiências pode fazer toda a diferença para o enfrentamento do estresse ao qual está exposto.
- Converse com o trabalhador e busque identificar sentimentos como culpa, vergonha e impotência. Desfazer crenças desadaptativas e ajudar a aceitar os aspectos da realidade que não podem ser modificados.
- Incentive o trabalhador a usar estratégias de enfrentamento saudáveis adaptativas (técnicas de relaxamento, práticas meditativas/*mindfulness*, atividades físicas regulares, atividades recreativas, alimentação equilibrada). A dependência e/ou o consumo excessivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e a exposição a comportamentos de risco podem acarretar ainda mais problemas.
- Ajude o trabalhador a organizar suas atividades diárias (incluindo pausas para descanso/lazer). Rotinas e atividades diárias proporcionam conforto e maior estabilidade emocional.

Abordagem inicial para pacientes com COVID-19 que desenvolveram TEPT

- Forneça apoio ao paciente e familiares. Forneça informação sobre reações comuns a eventos traumáticos, sintomas e evolução do transtorno.
- Realize uma avaliação detalhada (conforme descrito anteriormente).
- Planeje e proponha uma intervenção psicológica, com base nos dados obtidos na avaliação, no diagnóstico diferencial e na estratificação de risco.
- Inicie o tratamento com reavaliações periódicas para identificar o impacto sobre o paciente.
- Considerando os teleatendimentos, deve-se escutar ativamente a demanda de quem procura com a finalidade prévia de identificar os estressores, coletar informações sociodemográficas, identificar a rede de apoio (no caso de ideação suicida, há necessidade de saber quem poderemos acionar), sintomas cognitivos e comportamentais, fatores de risco e de proteção, evolução do quadro (com intuito de compreender se há TEPT ou TEA, por exemplo) e investigar as condições de saúde e uso de medicamentos.

Avaliação

Em casos de TEPT, transtornos de adaptação, transtorno de estresse agudo e luto traumático (American Psychiatric Association, 2014), antes de iniciar o tratamento, o(a) psicólogo(a) deve realizar uma avaliação clínica detalhada dos sintomas – por meio de entrevista clínica, *screenings* e/ou escalas diagnósticas – para garantir o diagnóstico diferencial e o manejo mais adequado, adaptado às necessidades individuais do paciente. Deve-se incluir a possibilidade de tratamentos adicionais, como a intervenção farmacológica, que exige o encaminhamento para tratamento psiquiátrico ou atendimento de emergência, se os sintomas forem persistentes e severos (presentes por mais de quatro semanas) ou graves (presença de ideação suicida e risco iminente de morte).

O paciente com TEPT, em especial, pode experimentar pensamentos negativos ou suicidas. Por isso, é importante investigar menções sobre danos pessoais (autoagressão, automutilação), morte ou vontade de morrer. Caso identifique um paciente nesse processo, é importante realizar uma avaliação pormenorizada, com investigação clínica de comorbidades e levantar hipóteses diagnósticas para os comportamentos e emoções apresentados. Além disso, deve-se realizar estratificação de risco (ver Tópico 3), classificar o grau de urgência das intervenções e o nível de suporte oferecido pela rede de apoio. É crucial que o psicólogo auxilie no planejamento terapêutico para casos leves, e dê seguimento para os casos com risco moderado e grave. Finalmente, deve auxiliar no encaminhamento para intervenções psicoterápicas, acionar o psiquiatra, acessar a rede de apoio, e auxiliar na decisão, se for o caso, de internação hospitalar.

Intervenção

Os principais tratamentos para os transtornos relacionados a trauma e estressores são intervenções psicológicas, que podem ser (ou não) combinadas com as farmacológicas. Eventos traumáticos são estressantes, levam ao sofrimento e a ajuda profissional especializada é a única maneira efetiva de tratamento. Assim, pacientes devem ser orientados a se tratarem, pois a busca imediata ou precoce por tratamento contribui para o melhor prognóstico.

Diretrizes da Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association [APA], 2017) recomendam fortemente as seguintes formas de psicoterapia: terapia cognitivo-comportamental, terapia cognitiva, terapia comportamental, terapia cognitiva processual, terapia de exposição prolongada, terapia comportamental dialética (DBT), terapia baseada na mentalização (MBT), *good psychiatric management* (GPM). Alguns destes modelos têm buscado uma prática baseada em evidências, demonstrando preocupação em oferecer intervenções empiricamente sustentadas, além de iniciativas de transposição de princípios validados para o âmbito da intervenção.

Durante a pandemia, pode ser mais difícil obter ajuda psicológica ou psiquiátrica de forma presencial. No entanto, a telepsicologia e a telemedicina são úteis para disponibilizar intervenções para esses quadros. Muitos psicólogos e psiquiatras estão oferecendo seus serviços remotos, seguindo as resoluções emitidas pelos seus respectivos conselhos de classe, que regulamentam essa modalidade de atendimento.

Exemplos de protocolos de intervenção de duas modalidades terapêuticas para TEPT recomendadas pela Associação Americana de Psicologia

1. Terapia comportamental (exposição imaginária e *in vivo*)

A terapia comportamental “parte do princípio de que um evento traumático elicia uma resposta inicial de medo que pode, em seguida, ser eliciada por estímulos (ex. imagens, pessoas, experiências sensoriais) presentes durante o evento traumático” (Monson, & Shnaider, 2014). O condicionamento clássico, portanto, é responsável pelo início dos sintomas de TEPT e a evitação dos estímulos que eliciam medo contribui para o desenvolvimento do transtorno. Assim, a terapia comportamental utiliza a exposição (imaginária e *in vivo*) para o tratamento do transtorno. A exposição é definida pela apresentação organizada de estímulos em um contexto que garanta a expansão do repertório comportamental de enfrentamento do indivíduo. Isso significa promover um novo aprendizado, derivando novas relações entre estímulos, buscando diminuir a esquivas experiencial e aumentar a flexibilidade psicológica.

O protocolo de intervenção em terapia comportamental para estresse traumático proposto por Monson & Shnaider (2014) utiliza exposição e inclui: psicoeducação; treino em respiração; elaboração de hierarquia para a exposição imaginária e *in vivo*; tarefas de casa; e prevenção de recaída. Para detalhes sobre exposição *in vivo* e imaginária ver Zamignani (2004) e Ferraz (2004).

2. Terapia cognitivo-comportamental

As teorias cognitivas postulam que pessoas com TEPT avaliam de forma mal-adaptativa experiências traumáticas. Essa avaliação negativa, por sua vez, é incompatível com a visão positiva que a pessoa possuía antes do trauma sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo. Ou, então, confirma a visão negativa anterior ao trauma que a pessoa possuía sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo. Pessoas com TEPT apresentam um viés negativo sobre eventos que percebem como ameaçadores (e sobre eventos negativos em geral) e subestimam sua capacidade para lidar com eles. O objetivo da terapia é auxiliar “sobreviventes de trauma a examinar suas memórias sobre o trauma ... e avaliá-las de forma mais saudável” (Monson, & Shnaider, 2014). Modificar pensamentos e crenças sobre o trauma leva a uma mudança nos comportamentos e nas emoções.

Protocolo de intervenção baseada na TCC proposto por Monson & Shnaider (2014) inclui: psicoeducação sobre estresse traumático e TCC; antecipar e superar o comportamento de esquiva; automonitorar a ligação entre eventos, pensamentos e emoções; identificar crenças sobre o motivo do evento traumático e suas consequências; uso de diálogo socrático em relação a avaliação que o paciente faz sobre o trauma; estratégias para desafiar crenças e pensamentos sobre o trauma e suas consequências; após o término acompanhamento para avaliar manutenção dos ganhos e necessidade de mais terapia.

De uma maneira geral, para a intervenção com TEPT, deve-se assegurar um ambiente seguro, confiável e sensível, para oportunizar que o indivíduo relate fatos sobre a situação traumática. A entrevista deve ser conduzida em um ritmo tolerável e empático para o paciente.

4. Acompanhamento

Avaliar constantemente e de forma objetiva o impacto das intervenções é essencial para identificar se elas têm o efeito desejado: a melhora do paciente. A avaliação deve identificar a presença e a intensidade de reações relacionadas ao TEPT durante e após a intervenção, com o intuito de monitorar o progresso do tratamento e, quando for o caso, revisar a formulação do caso. Alguns instrumentos podem auxiliar a monitorar os sintomas do paciente com estresse traumático ao longo e após o término da intervenção, como por exemplo:

- Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C): lista de 17 queixas que as pessoas apresentam após um trauma (pensamentos, imagens e sonhos repetitivos e perturbadores; evitar atividades ou situações porque lembram uma experiência estressante) é respondida pelo paciente que assinala, em uma escala Likert que vai de 0 (nada) a 5 (muito), quanto cada situação/problema tem lhe incomodado no mês (Berger, Mendlowicz, Souza & Figueira, 2004).
- Davidson Trauma Scale (DTS): lista de 17 sintomas (evitar fazer coisas que lembram o evento traumático; se sobressaltar ou se assustar com facilidade) avaliados em relação à sua frequência (0 = nenhuma vez; a 5 = diariamente) e gravidade (0 = não perturbou; a 4 = perturbou extremamente) (ver Videira, 2018).

- Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (Posttraumatic Cognitions Inventory – PTCI): lista com 36 afirmações que avaliam pensamentos e crenças relacionados ao trauma (o evento aconteceu por causa da forma como eu agi; se eu pensar sobre o evento, não serei capaz de lidar com ele) por meio de uma escala tipo Likert (1 = discordo totalmente; a 7 = concordo totalmente) (Sbardelloto, 2010).

A utilização de instrumentos no decorrer e ao final da intervenção, auxilia na avaliação dos efeitos do tratamento e indica a necessidade de adoção de medidas de prevenção. No âmbito científico, os instrumentos podem possibilitar a constatação de confiabilidade, consistência interna, indicadores de validade, além de apresentarem informações individuais que podem ser comparadas tanto com a população geral quanto com populações de interesse específico.

Além disso, a avaliação não deve focar somente nos sintomas, mas buscar levantar o repertório comportamental do indivíduo, limitações, crenças, sistema de suporte disponível, estratégias de enfrentamento e indicadores de funcionamento social e ocupacional. A identificação dos fatores de risco e de proteção podem auxiliar na compreensão do comportamento, formulação do caso, no desenvolvimento de ações preventivas e no plano de tratamento. O acompanhamento deve permitir que o indivíduo compreenda o seu comportamento e contribua para encontrar possíveis soluções.

Deve indicar se o evento traumático está em curso e assegurar que foram tomadas todas as providências e encaminhamentos necessários, a fim de que sejam garantidos os cuidados básicos de saúde.

Caso não seja você quem acompanhará o caso, sugira que a pessoa procure um psicólogo ou médico ou busque os recursos locais de saúde mental. Iniciativas para atendimentos em saúde mental direcionadas para profissionais de saúde e população em geral têm sido disponibilizadas em nosso país.

Uma das primeiras iniciativas voltadas à telepsicologia, ação possível em razão da Resolução nº 4, de 26 de Março de 2020, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), para a população com sofrimento mental, foi no Rio Grande do Norte. Uma parceria entre o Governo Federal e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) possibilitou a oferta de tal serviço. Na sequência, o núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Norte em parceria entre o Ministério da Saúde, UFRN, Hospital Universitário Onofre Lopes e o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) disponibilizaram a plataforma do RESILE para atendimento dos profissionais de saúde na linha de enfrentamento da COVID-19.

Diante da situação emergencial, algumas universidades estão oferecendo telesserviços, por exemplo, a Universidade de Juiz de Fora (UFJF) possui o serviço online www.calmanessahora.com.br e a Universidade Estadual de Londrina (UEL) o site www.uelcontracoronavirus.com. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), associada ao Ministério da Saúde (MS), organizou um *call center* para oferecer apoio psicológico aos profissionais de saúde envolvidos na COVID-19 (<https://sites.google.com/hcpa.edu.br/telepsi/>). Os Hospitais de Ensino (Hospital

de Base e Hospital da Criança e Maternidade) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) também disponibilizaram contato imediato com psicólogos da instituição para profissionais da saúde.

O Psicólogos do Sono contra a COVID-19, uma iniciativa voluntária em parceria com UFRN também tem disponibilizado seus serviços para profissionais de saúde com alterações do sono e problemas de saúde mental. Essas redes são importantes para ajudar aos profissionais de saúde e a população, em meio ao caos da pandemia, a encontrar suporte psicossocial de profissionais que atuam com embasamento técnico-científico.

As consequências de uma pandemia e as necessidades emocionais não atendidas neste contexto podem reverberar por muito tempo na vida das pessoas. Após este tipo de situação, recomenda-se medidas de vigilância para tratar transtornos relacionados ao estresse agudo, estresse pós-traumático, transtornos depressivos e abuso de substâncias.

Durante e após a pandemia, sugere-se atividades que promovam o descanso, relaxamento, bem-estar, autocuidado, manejo de estresse e resiliência.

Referências

1. Almondes, K. M., & Teodoro, M. (2020). Os três Ds: desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>.
2. Almondes, K.M. (2020). Manejo das alterações de sono no contexto de enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>.
3. American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. DSM-5®. Porto Alegre: Artmed.
4. American Psychological Association (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Disponível em: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>.
5. Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F., & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26(2), 167-175.
6. Burki, T. K. (2019). Post-traumatic stress in the intensive care unit. The Lancet Respiratory Medicine. doi:10.1016/s2213-2600(19)30203-6.
7. Ferraz, M. R. P. (2004). Dessensibilização sistemática por imagens. In: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs), Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental. Práticas Clínicas (p.177-185). São Paulo: Roca.

8. Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., Ho, S. C., & Chan, V. L. (2010). Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 32(6), 590–598. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007.
9. Miyazaki, M. C. O. S., Bernardo, A. P. A., Domingos, N. A. M., Lobo, S. A., Costa, M. P., & Miyazaki, E. S. (2016). Unidade de Terapia Intensiva. Aspectos psicológicos. In: J. L. S. Valiatti, J. L. G. Amaral, & L. F. R. Falcão (Eds), *Ventilação mecânica* (p.482-487). Rio de Janeiro: Roca.
10. Miyazaki, M. C. O. S., & Soares, M. R. Z. (2020). Estresse em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>.
11. Monson, C. M., & Shnaider, P. (2014). *Treating PTSD with Cognitive-Behavioral Therapies. Interventions that work*. Washington, DC: American Psychological Association.
12. Raffo, S. L. (2005). *Intervención en crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia*. Departamento de Psiquiatria y Salud – Campus Sur. Universidad de Chile. <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf>.
13. Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology* Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-436367>.
14. Righy, C., Rosa, R. G., da Silva, R. T. A., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., ... Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23(1). doi:10.1186/s13054-019-2489-3.
15. Sá, S. D., Werlang, B. S. G., Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em Crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&tlng=pt. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008 Recuperado em 08 de junho de 2020.
16. Sbardelloto, G. (2010). *Propriedades psicométricas da versão em Português do Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)*. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4859/1/000426261-Texto%2bCompleto-0.pdf>.
17. US Department of Veterans Affairs (2020). Effects of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic on PTSD https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID_effects_ptsd.asp.
18. Wainrib, B. R. & Bloch, E. L. (2000). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

19. Videira, L. S. M. (2018). Eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo no transtorno de estresse pós-traumático. Dissertação (mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06112018-134730/publico/LinaSueMatsumotoVideira.pdf>.
20. Zamignani, D. R. (2004). Dessensibilização sistemática ao vivo. In: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs), Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental. Práticas Clínicas (p.169-176). São Paulo: Roca.

Este texto está disponível em <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>