



Saúde do trabalhador após pandemia

Camilla Maganhin Luquetti¹, Mário Henrique Rodrigues Cavalcanti², Tania Alba Medrano³, Thiago Leite Siqueira⁴, Giovanna Maria de Freitas Oliveira⁵, Sofia Barcelo Oliveira⁶, Ana Gabriella Medeiros⁷, Jonathan Villarroel Rojas⁸, Vitória Duarte de Araújo Meirelles⁹, Maria Isabel Guedes Lima¹⁰, Elson Assunção de Andrade Lima Júnior¹¹, Carla Cristina Maganhin¹².

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: Seja para profissionais de saúde envolvidos diretamente nos cuidados com pacientes, seja em nível populacional, pouco se discutiu sobre condições e organização do trabalho, prevalecendo apenas protocolos de medidas individuais (higiene e uso de equipamentos de proteção). Os principais desafios foram a elevada transmissibilidade do vírus, a falta de EPI, a sobrecarga de trabalho e os impactos na saúde mental. Tais profissionais se viram diante do aumento de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade, insônia, estresse e trauma indireto. **Objetivo:** compreender a saúde do profissional de saúde após Covid-19. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases da Scielo, da PubMed e da BVS, de março a maio de 2024, com descritores “Covid-19”, “Worker health Health” e “Post-pandemic”, cadastrados no DeCS/MeSH e operador “AND”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 100), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** A sensação de alto risco de contaminação, efeito da doença na vida profissional e humor deprimido: esse era o contexto vivenciado por profissionais de saúde. Além disso, a exaustão física e mental, a perda de pacientes e colegas, a dificuldade na tomada de decisão, o medo da contaminação e da transmissão da doença aos entes próximos também foram marcantes aos que estavam na linha de frente. De acordo com a OPAS, a intervenção no momento de crise deve ser o acolhimento do sujeito e de suas emoções, de forma sensível, empática, por meio da escuta ativa e qualificada - base da comunicação terapêutica. É importante oferecer suporte emocional. Isso envolve ouvir ativamente o que a pessoa está passando, proporcionando espaço seguro para expressão de sentimentos e preocupações. Os profissionais de saúde apresentam mais depressão, ansiedade, insônia e efeitos negativos em relação à saúde geral, em período pós-pandemia. O aumento desses problemas citados mostra que mesmo com o “fim” a níveis pandêmicos, e com a vida retornando à normalidade, esses profissionais de saúde ainda lidam com os efeitos causadores dessa crise em suas vidas. É essencial que órgãos e instituições de saúde ofereçam suporte aos trabalhadores, proporcionando-lhes apoio psicológico adequado e eficaz para enfrentar as repercussões dessa crise, sem estigmatizações e com menor morbidade. **Conclusão:** Tanto as instituições de saúde como os próprios profissionais precisam entender a importância do quesito mental e da repercussão em todas as outras áreas da vida. É desafio que requer cuidado e atenção, bem como manejo adequado com acompanhamento multiprofissional e de forma longitudinal.

Palavras-chave: Covid-19; Saúde do trabalhador; Pós-pandemia.



Worker health after pandemic

ABSTRACT

Introduction: Whether for health professionals directly involved in patient care or at the population level, little has been discussed about work conditions and organization, with only individual measure protocols (hygiene and use of protective equipment) prevailing. The main challenges were the high transmissibility of the virus, the lack of PPE, work overload, and the impacts on mental health. These professionals faced an increase in psychiatric disorders, including depression, anxiety, insomnia, stress, and indirect trauma. **Objective:** to understand the health of health professionals after Covid-19. **Methodology:** Integrative literature review based on Scielo, PubMed, and BVS databases, from March to May 2024, with descriptors “Covid-19”, “Worker health Health”, and “Post-pandemic”, registered in DeCS/MeSH and operator “AND”. Articles from 2019-2024 (total 100) were included, excluding other criteria and selecting 05 full articles. **Results and Discussion:** The feeling of high risk of contamination, the effect of the disease on professional life and depressed mood: this was the context experienced by health professionals. In addition, physical and mental exhaustion, the loss of patients and colleagues, difficulty in decision-making, fear of contamination and transmission of the disease to close relatives were also striking to those who were on the front lines. According to PAHO, intervention in times of crisis should be to welcome the subject and their emotions, in a sensitive, empathetic way, through active and qualified listening - the basis of therapeutic communication. It is important to offer emotional support. This involves actively listening to what the person is going through, providing a safe space for expressing feelings and concerns. Health professionals present more depression, anxiety, insomnia and negative effects on general health, in the post-pandemic period. The increase in these problems shows that even with the “end” of pandemic levels, and with life returning to normal, these health professionals are still dealing with the effects of this crisis on their lives. It is essential that health agencies and institutions offer support to workers, providing them with adequate and effective psychological support to face the repercussions of this crisis, without stigmatization and with lower morbidity. **Conclusion:** Both health institutions and professionals themselves need to understand the importance of the mental aspect and its repercussions on all other areas of life. It is a challenge that requires care and attention, as well as adequate management with multidisciplinary and longitudinal monitoring.

Keywords: Covid-19; Workers' health; Post-pandemic.

Instituição afiliada – 1- Médica, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP; 2 -Médico, Faculdade de Medicina de Itajubá-MG; 3- Médica, Universidade Federal do Acre - UFAC; 4- Médico, IMEPAC Araguari-MG; 5- Médica, Centro Universitário Cesmac; 6- Médica, Uniube - Universidade de Uberaba; 7- Médica, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); 8- Médico, Universidad Católica Boliviana San Pablo; 9- Médica, Universidade Potiguar; 10- Médica, Universidade Potiguar; 11 - Médico, Universidade Federal do Acre - UFAC; 12- Dentista, Pós-Doutorado em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

Dados da publicação: Artigo recebido em 11 de Julho e publicado em 01 de Setembro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p280-293>

Autor correspondente: Camilla Maganhin Luquetti cmaganhinmed@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

A síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é o vírus altamente transmissível que causa a doença do coronavírus 2019 (COVID-19), que pode ser letal e atingiu escala pandêmica em todo o mundo em 2020 [1-3]. A COVID-19 está associada a múltiplos problemas psiquiátricos em vários grupos, incluindo clínicos que cuidam de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, pacientes com COVID-19 e pacientes que apresentavam transtornos psiquiátricos anteriores à infecção [4-8]

Sintomas e transtornos psiquiátricos podem ocorrer em clínicos expostos à COVID-19 por meio de suas ocupações [4,5,13-16]. Como exemplo, uma meta-análise de 33 estudos descobriu que a prevalência global pontual de sintomas de ansiedade clinicamente significativos entre médicos em atividade ($n > 30.000$) durante o primeiro ano da pandemia (2020 a 2021) foi de 26 por cento, e para depressão foi de 21 por cento [17]. Essas taxas parecem ser maiores do que as taxas pré-pandêmicas na população global em geral.

Uma revisão de 59 estudos sobre surtos virais, incluindo a pandemia de COVID-19, identificou múltiplos fatores de risco e fatores de proteção para problemas psiquiátricos em profissionais de saúde [18]:

- Fatores de risco – O fator de risco mais consistente entre os estudos foi o aumento do contato com pacientes infectados. Outros preditores consistentes foram históricos prévios de sintomas/distúrbios psiquiátricos e/ou doenças médicas gerais, passar um tempo prolongado em quarentena, percepção de falta de suporte organizacional e percepção de estigma social direcionado aos profissionais de saúde.

- Fatores de proteção – Em todos os estudos, o fator que mais consistentemente diminuiu o risco de resultados psiquiátricos adversos em profissionais de saúde foi o acesso a equipamentos de proteção individual. Outros fatores de proteção consistentes incluíram ter colegas solidários, acesso a intervenções psiquiátricas e confiança nas medidas de controle de infecção da instituição, bem como receber comunicação clara dos supervisores e tempo adequado de folga do trabalho.

Vários estudos indicam consistentemente que pacientes que sobrevivem à COVID-19 correm maior risco de desenvolver transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos do sono e transtornos por uso de substâncias.

O risco de transtornos psiquiátricos em pacientes com COVID-19 é maior do que o risco em pacientes com outras doenças respiratórias. Um estudo retrospectivo de conjuntos de dados administrativos de assistência médica identificou pacientes com COVID-19 ($n > 236.000$) ou influenza ($n > 105.000$) [19]. Após controlar potenciais fatores de confusão ao comparar os diferentes grupos com as características basais (por exemplo, idade e comorbidades), as análises descobriram que nos seis meses após a COVID-19, vários transtornos psiquiátricos ocorreram em mais pacientes com COVID-19 do que com influenza, incluindo:

- Transtornos de ansiedade – 17,4 por cento dos pacientes com COVID-19
- Depressão unipolar ou transtorno bipolar – 13,7 por cento
- Transtorno por uso de substâncias – 6,6 por cento
- Insônia – 5,4 por cento
- Transtorno psicótico – 1,4 por cento
- Demência – 0,7 por cento
- Delírio – 0,1 por cento

Ressalta-se o objetivo em discutir a saúde do trabalhador após pandemia.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre saúde do trabalhador após pandemia: “Covid-19”, “Worker health Health” e “Post-pandemic” com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre atenção básica, com referências teóricas na cirurgia com caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a março de 2024, com descritores em inglês “Covid-19”, “Worker health Health” e “Post-pandemic” e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 100 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A COVID-19 parece estar associada a sintomas psiquiátricos que não necessariamente chegam ao nível de um transtorno psiquiátrico, bem como transtornos de ansiedade completos, transtornos depressivos, transtorno de insônia e transtorno de estresse pós-traumático.

Em pacientes estáveis com doença psiquiátrica preexistente, a infecção pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) pode agravar a doença preexistente e levar a novos sintomas e distúrbios psiquiátricos comórbidos [21].

Entre os indivíduos totalmente vacinados, aqueles com um transtorno psiquiátrico parecem estar em maior risco de infecções de emergência por SARS-CoV-2 [57,58]. Vários transtornos específicos estão associados a infecções de emergência, incluindo transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno psicótico, transtorno de uso de substâncias e depressão maior unipolar. A associação é maior entre pacientes mais velhos (por exemplo, idade ≥ 65 anos).

Não está claro se pacientes com transtornos psiquiátricos são mais suscetíveis à infecção pelo SARS-CoV-2, devido a resultados conflitantes entre os estudos [23,59]. No entanto, pacientes com transtornos psiquiátricos que precedem a infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam risco aumentado de COVID-19 grave, incluindo mortalidade relacionada à COVID-19 [60-63]. Como exemplo, uma meta-análise reuniu resultados de 21 estudos observacionais com mais de 91 milhões de indivíduos, incluindo pacientes com transtornos depressivos ou bipolares unipolares preexistentes. Em análises que controlaram potenciais fatores de confusão, como idade, sexo e comorbidades médicas gerais, os principais achados foram os seguintes:

- Hospitalização – A hospitalização por COVID-19 foi mais provável de ocorrer em pacientes com depressão preexistente ou transtorno bipolar do que naqueles sem os transtornos (razão de chances 1,3, IC 95% 1,1-1,5).
- Mortalidade – O risco de morte por COVID-19 também aumentou em pacientes com depressão preexistente ou transtorno bipolar (razão de chances 1,5, IC 95% 1,3-1,7).

Além disso, pacientes com esquizofrenia correm risco de infecção grave por COVID-19; uma meta-análise de 23 estudos observacionais descobriu que transtornos psicóticos estavam associados ao aumento da mortalidade por COVID-19 (razão de chances 1,7, IC 95% 1,3-2,2) [60]. Mesmo após o ajuste para o estado de vacinação e doenças físicas, a mortalidade relacionada à COVID-19 é maior em pacientes com esquizofrenia do que na população em geral (risco relativo 1,6, IC 95% 1,5-1,8) [64]. Os riscos aumentados de infecção grave e mortalidade podem resultar de sintomas psicóticos, déficits cognitivos e status social marginalizado (vida em grupo ou sem-teto) que podem prejudicar a capacidade do paciente de seguir medidas públicas de controle de infecção, como distanciamento físico, lavagem das mãos e uso de máscaras [6,65-67]. Esses pacientes também são mais propensos a fumar e sofrer de doenças crônicas que os colocam em risco de resultados de saúde piores uma vez infectados.

Os efeitos psiquiátricos da COVID-19 em pacientes com transtornos alimentares pré-existentes podem ser substanciais. Em uma revisão sistemática de estudos que examinaram o impacto da COVID-19

em transtornos alimentares, a porcentagem de participantes que relataram uma piora de seus transtornos alimentares variou até 78 por cento [68]. Outra revisão incluiu 78 estudos de pacientes com transtornos alimentares e descobriu que a maioria dos estudos relatou uma piora dos sintomas [69].

Sugerimos que os pacientes com COVID-19 sejam rastreados para ansiedade, depressão, insônia e transtorno de uso de substâncias, dentro de seis meses da infecção. Além disso, sugerimos que os pacientes gravemente doentes com COVID-19 sejam rastreados para transtorno de estresse pós-traumático. Os pacientes com triagem positiva devem receber uma avaliação diagnóstica, que é discutida separadamente: Indivíduos com sofrimento moderado a grave, ansiedade ou depressão devem ser rastreados para pensamentos e comportamento suicida; pode-se usar uma ferramenta de triagem ou perguntar diretamente.

Para indivíduos com COVID-19 que sofrem de ansiedade, depressão, insônia ou transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o tratamento escalonado pode ser eficaz e econômico [70,71]. Com essa abordagem, o monitoramento dos pacientes é fundamental.

Indivíduos com baixos níveis de sintomas recebem materiais de autoajuda pertinentes aos seus sintomas e preocupações e são elegíveis para falar com um clínico de saúde mental se tiverem preocupações adicionais ou persistentes. Online ou pessoalmente, a autoajuda guiada pelo clínico ou a terapia cognitivo-comportamental (TCC) de autoajuda pura também podem ser benéficas. Outras intervenções que podem ajudar os indivíduos a lidar com sintomas psiquiátricos relativamente leves relacionados à COVID-19 incluem manter rotinas de sono e trabalho, manter atividades estruturadas como exercícios e se envolver em atividades prazerosas e relaxantes, e permanecer conectado com a família e amigos [47,71,73]. Indivíduos com sintomas moderados a graves podem ser tratados por seu médico de atenção primária ou encaminhados a um especialista em saúde mental.

A prevenção da COVID-19 envolve várias medidas, incluindo vacinação, uso de máscaras, distanciamento físico, lavagem das mãos e ventilação de espaços internos. O uso dessas medidas depende das taxas locais de transmissão, risco pessoal de infecção e diretrizes emitidas por agências como a Organização Mundial da Saúde e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.

O distanciamento físico, que é amplamente encorajado para prevenir a transmissão do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), resultará em solidão para alguns indivíduos, particularmente aqueles que vivem sozinhos. É provável que isso exacerbe as altas taxas de solidão já experimentadas por adultos mais velhos, especialmente aqueles que dependem de serviços sociais em vez da família para contato humano e conexão [48]. A tecnologia digital pode servir como uma ponte para conexões sociais e deve ser encorajada [20,82]. No entanto, muitos indivíduos podem não ter acesso ou a capacidade de tirar proveito disso.

Telepsiquiatria é um meio estabelecido de fornecer cuidados psiquiátricos por computador ou telefone que se originou na década de 1950 e se tornou mais amplamente disponível durante a pandemia de COVID-19 [83,84]. As evidências indicam que ela pode ser eficaz para uma variedade de pacientes, incluindo aqueles com transtornos de ansiedade, depressão, psicóticos, de personalidade e uso de substâncias [84]. Os ambientes de prática que são passíveis de telepsiquiatria incluem programas ambulatoriais, de hospital-dia e de internação. As intervenções de telepsiquiatria com eficácia demonstrada incluem farmacoterapia e psicoterapias como TCC, psicoterapia interpessoal, psicoterapia psicodinâmica e terapia familiar.

Vários estudos sugerem que os pacientes e seus clínicos psiquiátricos geralmente ficam satisfeitos com as visitas por vídeo e/ou telefone, e que a aliança terapêutica é comparável na telepsiquiatria e no tratamento presencial [20,76-79]. A preferência do paciente geralmente determina se as visitas são conduzidas por vídeo ou telefone. As vantagens da telepsiquiatria incluem melhor acesso para os pacientes e a oportunidade de ver a casa do paciente, embora alguns pacientes considerem isso intrusivo. A telepsiquiatria também permite que clínicos e pacientes vejam o rosto um do outro sem máscaras, o que pode parecer mais íntimo. Enquanto alguns pacientes podem se sentir mais relaxados e comunicativos, outros podem achar mais difícil "conectar-se" efetivamente e estabelecer confiança com o clínico. Outras desvantagens potenciais incluem dificuldade em observar as dicas não verbais do paciente e ouvir os pacientes, interrupções técnicas como telas congeladas, bem como pacientes sem privacidade e problemas com distrações. Além disso, os clínicos podem se sentir isolados dos colegas ou afastados dos pacientes.

As técnicas que melhoram a telepsiquiatria incluem começar cada visita perguntando se os pacientes têm privacidade suficiente; caso contrário, são oferecidas sugestões como usar fones de ouvido ou um carro (não dirigir) ou remarcar a visita [80]. Para visitas por vídeo, pode ser útil para os clínicos usarem o mesmo lugar no consultório ou em casa para fornecer consistência e segurança aos pacientes. Planos de contingência devem estar em vigor para gerenciar problemas clínicos que surjam ou questões técnicas com o equipamento.

Os pacientes variam em sua disposição de usar a telepsiquiatria. O tratamento online é preferido por alguns grupos de pacientes, incluindo aqueles com transtornos de ansiedade e transtorno do espectro autista. Para pacientes que veem a telessaúde psiquiátrica como inferior ao tratamento presencial, pode ajudar sugerir que eles experimentem e tentem [80]. Se os pacientes estiverem insatisfeitos ou não melhorarem, eles podem mudar para o tratamento presencial. No entanto, o tratamento conduzido exclusivamente pela telepsiquiatria pode não ser viável para populações de pacientes que requerem apenas tratamento presencial ou uma abordagem híbrida, como aqueles que têm necessidades complexas, ou são mais velhos ou apresentam maior risco de resultados ruins [84].

Algumas plataformas de software permitem que mais de duas pessoas se encontrem e permitem o envolvimento familiar e a terapia de grupo. Os terapeutas podem achar útil escanear e enviar materiais escritos por e-mail como parte do tratamento virtual. Dispositivos maiores, como laptops ou computadores de mesa, são geralmente preferíveis a tablets ou telefones.

O uso da telepsiquiatria requer conhecimento de regulamentações relativas a questões como privacidade, prescrição através de fronteiras geográficas e documentação [84]. Nos Estados Unidos, as regras promulgadas pela Drug Enforcement Administration e pela Substance Abuse and Mental Health Services Administration para a prescrição de substâncias controladas continuam a evoluir [85].

Psiquiatras podem ser solicitados a consultar pacientes recebendo farmacoterapia para COVID-19 e, portanto, devem estar familiarizados com os medicamentos que estão sendo usados atualmente. Como exemplo, os tratamentos preferidos para adultos com COVID-19 aguda no ambiente ambulatorial incluem nirmatrelvir-ritonavir e remdesivir, que parecem ser relativamente livres de efeitos colaterais psiquiátricos. Por outro lado, o glicocorticoide dexametasona pode ser indicado para pacientes hospitalizados com COVID-19 grave e está associado a efeitos colaterais psiquiátricos, como depressão, labilidade emocional, euforia, insônia, mal-estar, alterações de personalidade e psicose. Medicamentos específicos que são usados para COVID-19 são descritos separadamente.

Os pacientes devem ser questionados sobre quaisquer outros medicamentos e suplementos prescritos que possam estar tomando. Em muitos casos, parece que medicamentos psicotrópicos podem ser prescritos com segurança para pacientes recebendo farmacoterapia para COVID-19. Como exemplo, antidepressivos (por exemplo, escitalopram), antipsicóticos (por exemplo, olanzapina), benzodiazepínicos (por exemplo, lorazepam) e valproato não parecem interagir com agentes antivirais como interferon e remdesivir.

No entanto, os psiquiatras devem estar cientes das potenciais interações medicamentosas antes de sugerir medicamentos psicotrópicos para transtornos psiquiátricos. Interações medicamentosas relativamente menores podem ocorrer com olanzapina e nirmatrelvir-ritonavir, e interações moderadas com ácido valproico e nirmatrelvir-ritonavir.

Pacientes psiquiátricos internados correm maior risco de COVID-19 porque residem em alojamentos apertados, muitas vezes são livres para se movimentar em espaços abertos nas unidades e interagir com outros pacientes, estão frequentemente em contato com a equipe de enfermagem e podem ser obrigados a usar banheiros compartilhados [86]. Além disso, os pacientes podem ter dificuldade em seguir medidas de controle de infecção, como distanciamento físico e lavagem das mãos, devido a sintomas psicóticos, como pensamento desorganizado, déficits cognitivos, desregulação comportamental e percepção deficiente.

Sugerimos que os programas psiquiátricos para internação sigam procedimentos gerais para controle de infecção em ambientes de assistência médica. Essas medidas incluem triagem de todos os pacientes e profissionais de saúde antes da entrada, perguntando sobre sintomas como febre, tosse e dor de garganta. Embora o uso universal de máscaras seja ditado pela instituição específica, apoiamos o uso universal de máscaras em unidades psiquiátricas para internação [87]. Unidades psiquiátricas de internação devem



estabelecer protocolos a serem seguidos se um paciente internado for infectado com SARS-CoV-2. Um exemplo de um desses protocolos é o seguinte:

- Novas admissões na unidade de internação devem cessar por cinco dias.
- O paciente infectado deve ficar em quarentena em um quarto individual e usar máscara.
- Os clínicos e a equipe que interagem com o paciente devem usar equipamento de proteção individual. Antes de interagir com o paciente, os clínicos devem vestir o equipamento de proteção individual apropriado: avental, luvas, proteção ocular, um respirador como um N95 e protetores de calçados.

Embora a maioria dos tratamentos seja administrada pessoalmente, o equipamento deve estar disponível para especialistas em saúde mental, como psiquiatras, para fornecer alguns aspectos do cuidado (por exemplo, reuniões familiares) por telepsiquiatria. Normalmente, a equipe de enfermagem da linha de frente no local auxilia os pacientes no uso do equipamento.

Pacientes psiquiátricos internados com COVID-19 que estão estáveis, mas continuam a testar positivo para o vírus, podem ter dificuldade em se qualificar para alta para ambientes de convivência coletiva, como lares coletivos [88]. Além disso, os testes positivos podem persistir por semanas e prolongar a hospitalização. Uma solução possível é dar alta aos pacientes para quarentena em casa até que o teste seja negativo e eles possam então ser transferidos para o lar coletivo [8,89].

Familiares de um ente querido que esteja gravemente doente e morrendo responderão com pesar. Imediatamente ou logo após a morte do paciente, a equipe de tratamento deve prestar condolências à família de uma forma compassiva que inclua expressar tristeza pela perda, reconhecer sua dor e responder perguntas sobre os últimos dias do ente querido [90]. Além disso, pode ajudar perguntar à família sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à perda, bem como fornecer aconselhamento sobre luto, conforme necessário.

Crianças e adolescentes podem vivenciar a morte de um dos pais ou cuidador devido à COVID-19. Programas que promovem relacionamentos estáveis e nutritivos podem mitigar os efeitos adversos da perda.

Embora a maioria das pessoas se adapte ao luto, algumas famílias podem ser vulneráveis a complicações do luto, como transtornos de ansiedade, luto complicado, TEPT e depressão maior unipolar, bem como cardiomiopatia induzida por estresse [90,91]. Os fatores de risco para complicações incluem morte súbita e inesperada; especialmente relacionamento próximo com o falecido; histórico anterior de ansiedade, depressão, apego inseguro, trauma ou perda; viver sozinho; insegurança financeira; cuidador principal de outros; e medo de ter sido infectado com SARS-CoV-2.

Em algum momento após a morte do paciente (por exemplo, quatro semanas), a equipe de tratamento deve entrar em contato com a família, se possível, e perguntar como eles estão lidando e avaliar o risco de complicações do luto [90,91]. Ao decidir se o encaminhamento para avaliação e cuidados adicionais é necessário, é útil perguntar à família se eles se sentem sobrecarregados por sua perda e luto e se eles têm apoio social.

Trabalhadores da saúde que tratam direta ou indiretamente pacientes com COVID-19 correm risco de sintomas e transtornos psiquiátricos [92]. É provável que esses clínicos e funcionários se beneficiem do acesso privado e sob demanda a profissionais de saúde mental que podem lidar com ansiedade, angústia e outras emoções relacionadas ao cuidado de pacientes. No entanto, os trabalhadores da saúde podem relutar em se envolver em tratamento devido a preocupações com estigma e problemas com licenciamento, credenciamento e progressão na carreira [96].

Os profissionais de saúde mental que tratam de doenças psiquiátricas em clínicos de primeira linha devem abordar potenciais fontes de ansiedade, depressão, angústia e trauma, incluindo [13,18,75,93-99]:

- Alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 e risco de autoexposição e infecção.
- Risco de transmissão do vírus para familiares, amigos, colegas e pacientes.
- Aplicação de procedimentos de controle de infecção no local de trabalho.
- Sentindo-se desconectado dos pacientes e de suas famílias devido aos equipamentos de proteção individual e ao distanciamento físico.



- Dificuldades em fornecer apoio emocional aos pacientes.
- Perda de controle, esgotamento e vulnerabilidade.
- Sentimentos de desamparo, inutilidade e culpa pelos resultados ruins dos pacientes, por ficarem doentes, por não ajudar os colegas e por infectar outras pessoas.
- Distanciamento físico, solidão e isolamento de colegas e gerentes, bem como de familiares e amigos.
- Mortes de pacientes e seus familiares enlutados – Incentivamos os clínicos a falar com essas famílias sobre seus entes queridos.

Além disso, o site da American Psychiatric Association fornece orientação para clínicos de saúde mental para ajudar profissionais de saúde que tratam diretamente de pacientes que estão morrendo de COVID-19: “Documento de orientação sobre exposições de morte e morte por COVID-19: considerações para profissionais de saúde e equipe expostas à morte e morte por COVID-19”.

Os profissionais de saúde usam uma variedade de abordagens para lidar com estressores relacionados à COVID-19. Uma pesquisa transversal online de clínicos (n >600) que trabalham em um centro médico na cidade de Nova York durante abril de 2020 descobriu que os comportamentos de enfrentamento incluíam atividade física/exercício (59 por cento), psicoterapia (26 por cento), ioga (25 por cento), práticas religiosas ou espirituais (23 por cento), meditação (23 por cento) e grupos de apoio virtuais (16 por cento) [13].

Outros meios de enfrentamento incluem aceitar a realidade do estressor, tomar medidas para contorná-lo e encarar a situação de uma forma mais positiva, tentando crescer a partir da situação [100].

Indivíduos em quarentena — Sugerimos as seguintes etapas para mitigar o impacto psicológico adverso da quarentena, com base em uma revisão de 24 estudos [56]:

- Explique o propósito da quarentena e como implementá-la
- A quarentena voluntária está associada a menos sofrimento do que a quarentena obrigatória
- Enfatize o benefício altruísta da quarentena para manter os outros seguros
- Facilitar a aquisição de suprimentos gerais (por exemplo, alimentos e moradia) e suprimentos médicos, por exemplo receitas, termômetros e máscaras faciais.

Para aqueles que não correm alto risco de complicações da COVID-19 e não vivem com alguém que corre alto risco, sugerimos sair diariamente. O contato com outras pessoas pode ser diminuído no início ou no final do dia.

As intervenções para o gerenciamento da ideação e comportamento suicida (suicidalidade) em pacientes com COVID-19 incluem o seguinte [97]:

- Tratamentos específicos para a ideação suicida
- Tratamentos para transtornos psiquiátricos subjacentes por telepsiquiatria ou pessoalmente, dependendo da gravidade da tendência suicida
- Incentivo à manutenção do contacto social por telefone ou computador, bem como encontros presenciais que mantenham o distanciamento físico
- Encaminhamentos para assistência social para obter ajuda no acesso a redes de segurança financeira (por exemplo, alimentação, moradia, auxílio-desemprego e empréstimos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A COVID-19 parece estar associada a sintomas psiquiátricos que não necessariamente chegam ao nível de um transtorno psiquiátrico, bem como transtornos de ansiedade completos, transtornos depressivos, transtorno de insônia e transtorno de estresse pós-traumático.

Em pacientes estáveis com doença psiquiátrica preexistente, a infecção pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) pode agravar a doença preexistente e levar a novos sintomas e distúrbios psiquiátricos comórbidos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Comentários do Diretor-Geral na coletiva de imprensa sobre 2019-nCoV em 11 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (Acessado em 12 de fevereiro de 2020).
2. Bilinski A, Thompson K, Emanuel E. COVID-19 e excesso de mortalidade por todas as causas nos EUA e 20 países de comparação, junho de 2021 a março de 2022. *JAMA* 2023; 329:92.
3. Colaboradores do Excesso de Mortalidade da COVID-19. Estimativa do excesso de mortalidade devido à pandemia da COVID-19: uma análise sistemática da mortalidade relacionada à COVID-19, 2020-21. *Lancet* 2022; 399:1513.
4. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Fatores associados a resultados de saúde mental entre profissionais de saúde expostos à doença do coronavírus 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e203976.
5. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Colaboração internacional conjunta para combater os desafios da saúde mental durante a pandemia da doença do coronavírus de 2019. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:989.
6. Benson NM, Öngür D, Hsu J. Testes de COVID-19 e pacientes em instalações de saúde mental. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:476.
7. Yao H, Chen JH, Xu YF. Pacientes com transtornos de saúde mental na epidemia de COVID-19. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:e21.
8. Zhu Y, Chen L, Ji H, et al. O risco e a prevenção de infecções por pneumonia por novo coronavírus entre pacientes internados em hospitais psiquiátricos. *Neurosci Bull* 2020; 36:299.
9. Organização Mundial da Saúde. Declaração sobre a décima quinta reunião do IHR (2005) Comitê de Emergência sobre a pandemia de COVID-19. 5 de maio de 2023. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (Acessado em 29 de maio de 2023).
10. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Fim da Declaração Federal de Emergência de Saúde e Pública (PHE) da COVID-19. 5 de maio de 2023. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/end-of-phe.html#:~:text=What%20You%20Need%20to%20Know,share%20certain%20data%20will%20change>. (Acessado em 29 de maio de 2023).
11. Flahault A, Calmy A, Costagliola D, et al. Não há tempo para complacência com a COVID-19 na Europa. *Lancet* 2023; 401:1909.
12. Laine C, Moyer DV. COVID-19 não é mais uma emergência de saúde pública: implicações para pacientes e clínicos. *Ann Intern Med* 2023; 176:983.
13. Shechter A, Diaz F, Moise N, et al. Sofrimento psicológico, comportamentos de enfrentamento e preferências por suporte entre profissionais de saúde de Nova York durante a pandemia de COVID-19. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 66:1.
14. Rossi R, Socci V, Pacitti F, et al. Resultados de saúde mental entre profissionais de saúde da linha de frente e de segunda linha durante a pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) na Itália. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e2010185.
15. Hu N, Deng H, Yang H, et al. A prevalência combinada dos problemas mentais da equipe médica chinesa durante o surto de COVID-19: Uma meta-análise. *J Affect Disord* 2022; 303:323.
16. Wu T, Jia X, Shi H, et al. Prevalência de problemas de saúde mental durante a pandemia de COVID-19: Uma revisão sistemática e meta-análise. *J Affect Disord* 2021; 281:91.
17. Johns G, Samuel V, Freemantle L, et al. A prevalência global de depressão e ansiedade entre médicos durante a pandemia de covid-19: revisão sistemática e meta-análise. *J Affect Disord* 2022; 298:431.
18. Kisely S, Warren N, McMahon L, et al. Ocorrência, prevenção e gerenciamento dos efeitos psicológicos de surtos de vírus emergentes em profissionais de saúde: revisão rápida e meta-análise. *BMJ* 2020; 369:m1642.
19. Taquet M, Geddes JR, Husain M, et al. Resultados neurológicos e psiquiátricos de 6 meses em 236.379 sobreviventes da COVID-19: um estudo de coorte retrospectivo usando registros eletrônicos de saúde. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:416.



20. Galea S, Merchant RM, Lurie N. As consequências da COVID-19 e do distanciamento físico para a saúde mental: a necessidade de prevenção e intervenção precoce. *JAMA Intern Med* 2020; 180:817.
21. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Prioridades de pesquisa multidisciplinar para a pandemia de COVID-19: um chamado para ação para a ciência da saúde mental. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:547.
22. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Apresentações psiquiátricas e neuropsiquiátricas associadas a infecções graves por coronavírus: uma revisão sistemática e meta-análise com comparação à pandemia de COVID-19. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:611.
23. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Associações bidirecionais entre COVID-19 e transtorno psiquiátrico: estudos de coorte retrospectivos de 62.354 casos de COVID-19 nos EUA. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:130.
24. Salanti G, Peter N, Tonia T, et al. O Impacto da Pandemia da COVID-19 e Medidas de Controle Associadas na Saúde Mental da População Geral: Uma Revisão Sistemática e Meta-análise Dose-Resposta. *Ann Intern Med* 2022; 175:1560.
25. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, et al. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes após infecção grave por COVID-19. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:567.
26. Xie Y, Xu E, Al-Aly Z. Riscos de resultados de saúde mental em pessoas com covid-19: estudo de coorte. *BMJ* 2022; 376:e068993.
27. Douaud G, Lee S, Alfaro-Almagro F, et al. SARS-CoV-2 está associado a mudanças na estrutura cerebral no UK Biobank. *Nature* 2022; 604:697.
28. Taquet M, Sillett R, Zhu L, et al. Trajetórias de risco neurológico e psiquiátrico após infecção por SARS-CoV-2: uma análise de estudos de coorte retrospectivos de 2 anos incluindo 1 284 437 pacientes. *Lancet Psychiatry* 2022; 9:815.
29. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, et al. Complicações neurológicas e neuropsiquiátricas da COVID-19 em 153 pacientes: um estudo de vigilância em todo o Reino Unido. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:875.
30. Roy-Byrne P, Stein MB. TEPT e Doença Médica. Em: *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*, Nemeroff CB, Marmor C (Eds), Oxford University Press, Nova York 2017.
31. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J, Academia Europeia de Medicina de Reabilitação. Covid-19 e Síndrome Pós-Cuidados Intensivos: Um Chamado para Ação. *J Rehabil Med* 2020; 52:jrm00044.
32. Nersesjan V, Christensen RHB, Kondziella D, Benros ME. COVID-19 e risco de transtornos mentais entre adultos na Dinamarca. *JAMA Psychiatry* 2023; 80:778.
33. Nagarajan R, Krishnamoorthy Y, Basavarachar V, Dakshinamoorthy R. Prevalência de transtorno de estresse pós-traumático entre sobreviventes de infecções graves por COVID-19: Uma revisão sistemática e meta-análise. *J Affect Disord* 2022; 299:52.
34. Kelly BD. Quarentena, restrições e saúde mental na pandemia da COVID-19. *QJM* 2021; 114:93.
35. Ben-Ezra M, Sun S, Hou WK, Goodwin R. A associação de estar em quarentena e comportamentos recomendados e não recomendados relacionados à COVID-19 com sofrimento psicológico na população chinesa. *J Affect Disord* 2020; 275:66.
36. Li W, Zhang Y, Wang J, et al. Associação de Quarentena Domiciliar e Saúde Mental entre Adolescentes em Wuhan, China, Durante a Pandemia de COVID-19. *JAMA Pediatr* 2021; 175:313.
37. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Respostas psicológicas imediatas e fatores associados durante o estágio inicial da epidemia de doença do coronavírus de 2019 (COVID-19) entre a população geral na China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17.
38. Tang W, Hu T, Hu B, et al. Prevalência e correlatos de TEPT e sintomas depressivos um mês após o surto da epidemia de COVID-19 em uma amostra de estudantes universitários chineses em quarentena domiciliar. *J Affect Disord* 2020; 274:1.
39. Tian F, Li H, Tian S, et al. Sintomas psicológicos de cidadãos chineses comuns com base no SCL-90 durante a resposta de emergência de nível I à COVID-19. *Psychiatry Res* 2020; 288:112992.
40. Associação Psiquiátrica Americana. Nova pesquisa: COVID-19 impactando o bem-estar mental: americanos se sentindo ansiosos, especialmente por entes queridos; adultos mais velhos estão menos ansiosos. Publicado em 25 de março de 2020. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious> (Acessado em 11 de junho de 2020).
41. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Angústia psicológica e solidão relatadas por adultos dos EUA em 2018 e abril de 2020. *JAMA* 2020; 324:93.
42. Liu N, Zhang F, Wei C, et al. Prevalência e preditores de PTSS durante o surto de COVID-19 nas áreas mais afetadas da China: diferenças de gênero importam. *Psychiatry Res* 2020; 287:112921.



43. Markham S. A perspectiva de um paciente sobre saúde mental e a pandemia. *BMJ* 2023; 380:540.
44. Hjorthøj C, Madsen T. Saúde mental e a pandemia de covid-19. *BMJ* 2023; 380:435.
45. Shevlin M, Butter S, McBride O, et al. Refutando o mito de um "tsunami" de problemas de saúde mental em populações afetadas pela COVID-19: evidências de que a resposta à pandemia é heterogênea, não homogênea. *Psychol Med* 2023; 53:429.
46. Sun Y, Wu Y, Fan S, et al. Comparação de sintomas de saúde mental antes e durante a pandemia de covid-19: evidências de uma revisão sistemática e meta-análise de 134 coortes. *BMJ* 2023; 380:e074224.
47. Pfefferbaum B, North CS. Saúde mental e a pandemia de Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 383:510.
48. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 e as consequências do isolamento de idosos. *Lancet Public Health* 2020; 5:e256.
49. Nações Unidas. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Maio de 2020. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (Acessado em 05 de julho de 2020).
50. Helms J, Kremer S, Merdji H, et al. Características neurológicas na infecção grave por SARS-CoV-2. *N Engl J Med* 2020; 382:2268.
51. Romero-Sánchez CM, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E, et al. Manifestações neurológicas em pacientes hospitalizados com COVID-19: O registro ALBACOVID. *Neurologia* 2020; 95:e1060.
52. Braga J, Lepra M, Kish SJ, et al. Neuroinflamação após COVID-19 com sintomas depressivos e cognitivos persistentes. *JAMA Psychiatry* 2023; 80:787.
53. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Estamos enfrentando uma onda de sequelas neuropsiquiátricas da COVID-19? Sintomas neuropsiquiátricos e potenciais mecanismos imunológicos. *Brain Behav Immun* 2020; 87:34.
54. Fine JS, Ambrose AF, Didehban N, et al. Declaração de orientação consensual colaborativa multidisciplinar sobre a avaliação e tratamento de sintomas cognitivos em pacientes com sequelas pós-agudas de infecção por SARS-CoV-2 (PASC). *PM R* 2022; 14:96.
55. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Mortalidade por suicídio e doença do coronavírus 2019 - uma tempestade perfeita? *JAMA Psychiatry* 2020; 77:1093.
56. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo: revisão rápida das evidências. *Lancet* 2020; 395:912.
57. Nishimi K, Neylan TC, Bertenthal D, et al. Associação de transtornos psiquiátricos com incidência de infecção de emergência por SARS-CoV-2 entre adultos vacinados. *JAMA Netw Open* 2022; 5:e227287.
58. Wang L, Wang Q, Davis PB, et al. Aumento do risco de infecção disruptiva por COVID-19 em pacientes totalmente vacinados com transtornos por uso de substâncias nos Estados Unidos entre dezembro de 2020 e agosto de 2021. *World Psychiatry* 2022; 21:124.
59. Ceban F, Nogo D, Carvalho IP, et al. Associação entre transtornos de humor e risco de infecção por COVID-19, hospitalização e morte: uma revisão sistemática e meta-análise. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:1079.
60. Vai B, Mazza MG, Delli Colli C, et al. Transtornos mentais e risco de mortalidade, hospitalização e admissão em unidade de terapia intensiva relacionados à COVID-19: uma revisão sistemática e meta-análise. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:797.
61. Teixeira AL, Krause TM, Ghosh L, et al. Análise da infecção e mortalidade por COVID-19 entre pacientes com transtornos psiquiátricos, 2020. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2134969.
62. Toubasi AA, AbuAnzeh RB, Tawileh HBA, et al. Uma meta-análise: A mortalidade e a gravidade da COVID-19 entre pacientes com transtornos mentais. *Psychiatry Res* 2021; 299:113856.
63. Fond G, Nemani K, Etchecopar-Etchart D, et al. Associação entre transtornos de saúde mental e mortalidade entre pacientes com COVID-19 em 7 países: uma revisão sistemática e meta-análise. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:1208.
64. Hassan L, Sawyer C, Peek N, et al. Aumento da mortalidade por COVID-19 em pessoas com doença mental grave persiste após a vacinação: um estudo de coorte de residentes da Grande Manchester. *Schizophr Bull* 2023; 49:275.
65. Druss BG. Abordando a pandemia da COVID-19 em populações com doenças mentais graves. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:891.
66. Tsai J, Wilson M. COVID-19: um potencial problema de saúde pública para populações sem-teto. *Lancet Public Health* 2020; 5:e186.
67. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. A pandemia global da COVID-19: implicações para pessoas com esquizofrenia e transtornos relacionados. *Schizophr Bull* 2020; 46:752.

68. Linardon J, Messer M, Rodgers RF, Fuller-Tyszkiewicz M. Uma revisão sistemática de escopo de pesquisas sobre os impactos da COVID-19 em transtornos alimentares: Uma avaliação crítica das evidências e recomendações para o campo. *Int J Eat Disord* 2022; 55:3.
69. Schneider J, Pegram G, Gibson B, et al. Uma revisão sistemática de estudos mistos das experiências de imagem corporal, alimentação desordenada e transtornos alimentares durante a pandemia de COVID-19. *Int J Eat Disord* 2023; 56:26.
70. Cohen GH, Tamrakar S, Lowe S, et al. Comparação de tratamento simulado e custo-efetividade de uma intervenção de busca de casos de cuidados escalonados versus cuidados usuais para transtorno de estresse pós-traumático após um desastre natural. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:1251.
71. Razai MS, Oakeshott P, Kankam H, et al. Mitigando os efeitos psicológicos do isolamento social durante a pandemia de covid-19. *BMJ* 2020; 369:m1904.
72. Zhou J, Liu L, Xue P, et al. Resposta de saúde mental ao surto de COVID-19 na China. *Am J Psychiatry* 2020; 177:574.
73. Organização Mundial da Saúde. Considerações sobre saúde mental e psicossociais durante o surto de COVID-19. 18 de março de 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak> (Acessado em 01 de julho de 2020).
74. Garriga M, Agasi I, Fedida E, et al. O papel do atendimento de hospitalização domiciliar de saúde mental durante a pandemia de COVID-19. *Acta Psychiatr Scand* 2020; 141:479.
75. Arango C. Lições aprendidas com a crise de saúde do coronavírus em Madri, Espanha: como a COVID-19 mudou nossas vidas nas últimas 2 semanas. *Biol Psychiatry* 2020; 88:e33.
76. Uscher-Pines L, Sousa J, Raja P, et al. Tornando-se repentinamente um "médico virtual": experiências de psiquiatras em transição para a telemedicina durante a pandemia da COVID-19. *Psychiatr Serv* 2020; 71:1143.
77. Yellowlees P, Nakagawa K, Pakyurek M, et al. Conversão rápida de uma clínica psiquiátrica ambulatorial para uma clínica de telepsiquiatria 100% virtual em resposta à COVID-19. *Psychiatr Serv* 2020; 71:749.
78. Krystal JH. Respondendo à pandemia oculta para profissionais de saúde: estresse. *Nat Med* 2020; 26:639.
79. Wilkinson E. Como os serviços de saúde mental estão se adaptando para fornecer cuidados na pandemia. *BMJ* 2020; 369:m2106.
80. Waller G, Pugh M, Mulken S, et al. Terapia cognitivo-comportamental na época do coronavírus: dicas clínicas para trabalhar com transtornos alimentares via telemedicina quando reuniões presenciais não são possíveis. *Int J Eat Disord* 2020; 53:1132.
81. Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos. Política de execução para dispositivos de saúde digitais para tratar transtornos psiquiátricos durante a emergência de saúde pública da doença do coronavírus 2019 (COVID-19). Abril de 2020. <https://www.fda.gov/media/136939/download> (Acessado em 15 de maio de 2020).
82. Merchant RM, Lurie N. Mídias sociais e preparação para emergências em resposta ao novo coronavírus. *JAMA* 2020; 323:2011.
83. Kinoshita S, Cortright K, Crawford A, et al. Mudanças nas regulamentações de telepsiquiatria durante a pandemia de COVID-19: abordagens de 17 países e regiões para um cenário de saúde em evolução. *Psychol Med* 2022; 52:2606.
84. Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, Cipriani A. COVID-19 e Telepsiquiatria: Desenvolvimento de Orientação Baseada em Evidências para Clínicos. *JMIR Ment Health* 2020; 7:e21108.
85. DEA, SAMHSA estendem as flexibilidades da telemedicina para COVID-19 para prescrição de medicamentos controlados por seis meses, enquanto consideram comentários do público. 9 de maio de 2023. <https://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/20230509/dea-extend-covid19-telemedicine-flexibilities-prescribing-controlled-medications> (Acessado em 22 de maio de 2023).
86. Li L. Desafios e prioridades na resposta à COVID-19 em psiquiatria hospitalar. *Psychiatr Serv* 2020; 71:624.
87. Chou R, Dana T. Atualização importante: Máscaras para prevenção de SARS-CoV-2 em ambientes de assistência médica e comunitária - Atualização final de uma revisão rápida e viva. *Ann Intern Med* 2023; 176:827.
88. Li L, Stanley R, Fortunati F. Necessidade emergente e experiências iniciais com uma unidade psiquiátrica específica para COVID. *Psychiatr Serv* 2020; 71:873.
89. Associação Psiquiátrica Americana. Geller JL, Daou MAZ. Pacientes com DMI na Era da COVID-19: O que os Psiquiatras Precisam Saber. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus> (Acessado em 03 de junho de 2020).



90. Lichtenthal WG, Roberts KE, Prigerson HG. Cuidados de luto na esteira da COVID-19: oferecendo condolências e encaminhamentos. *Ann Intern Med* 2020; 173:833.
91. Goveas JS, Shear MK. Luto e a pandemia de COVID-19 em adultos mais velhos. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020; 28:1119.
92. Associação Psiquiátrica Americana. Documento de Orientação sobre Exposições de Morte e Mor te por COVID-19: Considerações para Trabalhadores e Equipe de Saúde Expostos à Morte e Mor te por COVID-19. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus> (Acessado em 04 de julho de 2020).
93. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Compreendendo e abordando fontes de ansiedade entre profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. *JAMA* 2020; 323:2133.
94. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Gerenciando os desafios de saúde mental enfrentados por profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19. *BMJ* 2020; 368:m1211.
95. Abbasi J. Priorizando a saúde mental dos médicos à medida que a COVID-19 avança. *JAMA* 2020; 323:2235.
96. Taylor WD, Blackford JU. Tratamento de saúde mental para clínicos da linha de frente durante e após a pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19): um apelo à comunidade médica. *Ann Intern Med* 2020; 173:574.
97. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Risco de suicídio e prevenção durante a pandemia de COVID-19. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:468.
98. Kiser SB, Bernacki RE. Quando a poeira baixar: prevenindo uma crise de saúde mental em clínicos da COVID-19. *Ann Intern Med* 2020; 173:578.
99. Dzau VJ, Kirch D, Nasca T. Prevenção de uma pandemia paralela - Uma estratégia nacional para proteger o bem-estar dos clínicos. *N Engl J Med* 2020; 383:513.
100. Wong TW, Yau JK, Chan CL, et al. O impacto psicológico do surto de síndrome respiratória aguda grave em profissionais de saúde em departamentos de emergência e como eles lidam. *Eur J Emerg Med* 2005; 12:1