



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARIANA NICOLE CASSOLA THEOBALD

GESTÃO DAS EMOÇÕES NA COVID-19
Apoio à saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia

CAMPINAS

2023

MARIANA NICOLE CASSOLA THEOBALD

GESTÃO DAS EMOÇÕES NA COVID-19
Apoio à saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências, na área de Neurologia.

ORIENTADOR: DR. LI LI MIN

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA MARIANA NICOLE CASSOLA THEOBALD,
E ORIENTADA PELO PROF. DR. LI LI MIN.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

T342g Theobald, Mariana Nicole Cassola, 1995-
Gestão das emoções na COVID-19 : apoio à saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia / Mariana Nicole Cassola Theobald. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Li Li Min.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. COVID-19. 3. Pessoal de saúde. I. Li, Li Min, 1964-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Emotional management in COVID-19 : supporting the mental health of healthcare workers during the pandemic

Palavras-chave em inglês:

Mental health

COVID-19 (Disease)

Health personnel

Área de concentração: Neurologia

Titulação: Mestra em Ciências

Banca examinadora:

Li Li Min [Orientador]

Marcia Cristina das Dores Bandini

Juliana de Oliveira Barros

Data de defesa: 05-12-2023

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-2328-0004>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/7270486200651369>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARIANA NICOLE CASSOLA THEOBALD

ORIENTADOR: DR. LI LI MIN

MEMBROS TITULARES:

- 1. PROF(A). DR(A). LI LI MIN**
- 2. PROF(A). DR(A). MARCIA CRISTINA DAS DORES BANDINI**
- 3. PROF(A). DR(A). JULIANA DE OLIVEIRA BARROS**

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 05/12/2023

AGRADECIMENTOS

Salvo todo o período inicial de educação formal (que foi sem dúvida essencial para eu estar aqui), esse texto simboliza o encerramento de um ciclo que começou há cerca de 13 anos, quando uma Mariana muito menina passou no Curso Técnico em Segurança do Trabalho. No auge dos meus 15 anos, confesso que não sabia muito bem a que se destinava essa formação – e é por essas e por outras que olho para trás e sou tão grata por ter sido plenamente conduzida durante esse processo. Afinal, “a vida” me colocou em lugares jamais sonhados, permitindo-me ser paulatinamente transformada pelos anos de Universidade Tecnológica Federal do Paraná. De lá, saí com espetaculares 19 anos; ainda muito jovem, sim, mas em uma versão 2.0 marcada por um amadurecimento calejado típico de um ensino médio cursado no meu primeiro amor (a UTF).

Após alguns meses em que minha resiliência foi profundamente colocada à prova, pude colocar os pés no meu segundo amor: a Federal do Paraná, que me contemplou com os melhores anos da minha vida (até agora), preenchidos por muito afeto. Nela, eu experimentei o doce sabor de uma vida acadêmica organizada e rotineira, conquistando o título de Terapeuta Ocupacional. Na realidade, sempre digo que foi a Terapia Ocupacional quem me escolheu, em mais uma manobra irônica da vida – e eu não poderia ser mais grata.

Nessa fase, a saúde do trabalhador ia e vinha junto às demais disciplinas. Inclusive, ao escrever esses agradecimentos percebo que minha costumeira pressa, quando tentei equivaler as disciplinas sobre trabalho por já tê-las estudado no técnico, quase me custou a formatura, em um problemão burocrático constatado a menos de um mês do grande dia. Por isso, lembrar das palavras proferidas durante aquele juramento e da força com que segurei aquele canudo verde enchem meus olhos de lágrimas até hoje.

Afinal, a versão 3.0 precisava daquele diploma para dar mais um passo em direção ao seu grande sonho: o mestrado. Ah, o mestrado! Enquanto eu sonhava “pequeno”, pela terceira vez a vida me levou para um lugar muito maior do que eu poderia imaginar, e até hoje não caiu a ficha que na capa desta dissertação está escrito “Universidade Estadual de Campinas”. Eu pude

emendar a graduação com o tão sonhado mestrado graças ao olhar bondoso e generoso dos doutores Li Hui Ling e Li Li Min, que me depositaram uma confiança que eu nunca tive em mim mesma.

Porém, mal sabíamos todos nós que no meio do caminho existiria uma pandemia, que acabou por ser tornar contexto vivido e estudado. E então, minha versão 4.0 começou a ser lapidada por constantes desconstruções inerentes ao processo da pós-graduação e potencializadas pelo processo pandêmico. Assim, aquele sonho do mestrado começou a ter cara de pesadelo, já que muito se fala sobre se preparar para ingressar em uma pós-graduação, mas pouco ouvi sobre a vida que acontece enquanto se tenta obter o título (ainda mais durante uma pandemia). Os desafios impostos pela pesquisa se somaram a uma enxurrada de crises de identidade, luto, ausência, dificuldades financeiras, exaustão, baixa imunidade, adoecimento, crises de ansiedade... Que se atravessam nos aspectos da “vida normal” e dos relacionamentos.

Ou seja, o sonho da vida acadêmica minimamente leve e organizada foi brutalmente desfeito aqui, e até hoje tento reorganizar a rotina frente a um “mestrado pandêmico”. Ah sim, pandêmico – característica que reforço porque, por várias vezes nestes três anos, senti-me completamente afogada na arrebatada de uma praia com mar bravo. Isto é, apesar de tentar enxergar com mais clareza e separar os efeitos do mestrado aos da pandemia, mais uma vez meus olhos enchem de lágrimas ao perceber o quão impossível isso é. Inclusive, esta escrita levemente bagunçada, ora em primeira pessoa, ora em terceira, reflete muito desse processo de desconstrução, introspecção, reflexão, análise e reconstrução. Tem sido um vai e vem constante entre aspectos internos e externos.

E hoje, então, poucos dias antes de completar 28 anos e há cerca de um mês da minha defesa, a versão 4.0 que escreve esse texto tem muitas olheiras, quilos a mais e uma sensibilidade emocional importante. Porém, há o vislumbre de um mar mais calmo se aproximando, e nadar está começando a se tornar possível. E quem nadará é uma Mariana mais transformada do que nunca, que encontrou no mestrado uma intensa escola de aprendizados técnicos, claro, mas especialmente socioemocionais. O mestrado pandêmico me ensinou a começar a pesquisar e aperfeiçoou minhas competências

profissionais, mas, sobretudo, me fez ter um salto de amadurecimento – relacionado à forma como me posiciono perante mim mesma e perante o mundo. E amadurecer dói.

Obviamente, tudo isso se deve, inicialmente, “à generosidade da vida”, que aqui nomeio por Deus. Em sua bondade, Ele não só me conduziu por esse intenso processo, sabendo exatamente das minhas necessidades, mas permitiu que eu percorresse essa jornada com as mais doces companhias. Em primeiro lugar, concedeu-me a honra de ser filha da Marisa e do Henrique, a quem devo não só a vida, mas absolutamente todas as minhas conquistas. Cujos corações se angustiaram mais que o meu frente à minha dor e cansaço, e que suportaram a ausência e rompantes emocionais de uma mestranda pandêmica. Sem o suporte (afetivo, emocional, físico e material) de vocês, eu jamais teria conseguido chegar à superfície novamente. E claro, agradeço também ao meu querido irmão Gabriel, minha pessoa preferida no mundo e o mais terno companheiro de vida, cuja torcida pelo meu sucesso sempre se fez genuína (e por ter nos presenteado com a adorável Any).

Minha gratidão também aos demais familiares, com tios e primos sempre interessados e alegres com meu processo. Em especial, aos queridos Karine e Filipe, pelas orações e por todo o amoroso apoio “de pós-graduando para pós-graduando”, e à querida comadre Carol, que não só vibrava genuinamente por mim, mas também sempre compreendeu minha ausência enquanto madrinha do Enzo. De forma alguma menos importante, minha profunda gratidão ao amor de avós, matriarcas e patriarcas responsáveis pela existência da família que fazem o coração transbordar de afeto mesmo quando estamos imersos em nossas dificuldades. Obrigada, vó Lia, por sempre me receber com alegria nas voltas de Campinas. À doce vó Helena e aos memoráveis vô Roque e vô Armando, meu mais sincero amor.

E os amigos, ah, os amigos! Verdadeiros anjos que Deus coloca em nossa vida com tanta, mas tanta gentileza. Em toda essa caminhada, muitos me estenderam mãos afetuosas, permanecendo mais ou menos em minha vida – mas tendo sua peculiar importância. Às queridas Rubia, Ana e Glenda, minhas TOs preferidas, que não me deixaram fazer um discurso aberto na formatura (porque eu não pararia de falar), mas sempre se alegraram

genuinamente por sua amiga mestranda. Aos demais colegas da faculdade, de profissão, e professores sempre inspiradores (em especial ao Ju e à Ira), toda minha admiração.

Aos queridos Sonia e Alexandre, que estiveram do meu lado em momentos muito críticos, sendo apoio enquanto eu fazia o “mestraGo”, toda minha gratidão. Acreditam que acabou? Gratidão, também, ao Luquinhas, meu amado amigo e confidente. Às queridas Camila e Thaynah, que sentaram comigo e me ajudaram a organizar a defesa, meu doce obrigada (sem aquela nossa conversa, eu não teria conseguido!). E a todos aqueles que, mesmo distantes, torceram por mim, interessaram-se por meu processo e me parabenizaram pelas minhas conquistas (são tantos nomes!). Sei de cada um de vocês, que ocupam um lugar especial em meu coração.

À minha amada família campineira, que me acolheu em um momento tão difícil e me ensinou que é possível encontrar muito amor longe de casa, minha mais sincera gratidão. Gabi, Matheus, Bruno, Keka, Denny, Camila (e Minicat), vocês me transformaram com sua luz e com seu amor. Gabi, o que seria de mim sem você, minha irmã mais velha! E claro, à outra Gabi (Spagnol), cuja doçura e ternura me emocionam. Sem seu auxílio, sua inspiração e o amor que sua família derramou sobre mim, eu certamente teria me afogado. Não menos importante, toda minha gratidão às amorosas Sueli e Isilda, que sempre me acolheram verdadeiramente como filha, oferecendo-me as mais ternas catarses e orientações.

Ao presente que o fim do mestrado me reservou, meu menino especial, meu querido Jhon, minha mais profunda gratidão. Você me aceitou mesmo com todas as lesões de um mestrado pandêmico, pegou na minha mão e não me deixou desistir nos últimos metros. Você definitivamente acredita mais em mim do que eu mesma, e me incentiva a ir à luta. Você lida com o desequilíbrio emocional, acolhendo-me com uma ternura que jamais experimentei.

Não posso deixar de agradecer à banca com a qual sou honrosamente contemplada. Às doutoras Ana, Marcia e Juliana, minha sincera comoção com tamanha humanidade e gentileza. Suas presenças em minha qualificação foram o combustível final para eu chegar até a defesa. E a todos

os profissionais que acolheram com candura minhas tentativas de agendamento, muito obrigada! Obrigada mais uma vez ao Dr. Li, que me acompanhou e instrumentalizou nesta jornada. Obrigada ao querido Bruno Chapadeiro, pelos aconselhamentos, pela maravilhosa Marcinha, por sempre salvar os alunos da pós, e pela querida Silvinha, que também me salvou no início. Além disso, gratidão ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES - Código de Financiamento 001), que me minimizou as dificuldades financeiras e me permitiu dedicação ao mestrado.

Aqui, mais uma menção honrosa à saúde do trabalhador, que vem generosamente me chamando. A todos que participaram deste projeto e aos profissionais da saúde, minha imensa gratidão, respeito e honra.

E obrigada à dança. Mais uma vez, você me salvou.

RESUMO

Introdução: Após três anos, os impactos psicossociais causados pela COVID-19 são inquestionáveis, com grande magnitude nos períodos críticos da pandemia, mas também repercussões a longo prazo na saúde mental. Portanto, ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde mental, promovidas por diversas instâncias sociais, mostram-se necessárias desde os primórdios, a fim de mitigar tais impactos – especialmente voltadas a um grupo particularmente vulnerável: os profissionais da saúde. Em um cenário sem precedentes, o sofrimento emocional deste público ultrapassou as dificuldades experimentadas pelo restante da população, sendo exacerbado por condições de trabalho alarmantes. Assim, a precariedade histórica da situação trabalhista na área da saúde foi intensificada, demandando atenção e cuidado urgentes. A pandemia colapsou uma relação entre trabalho e saúde mental previamente marcada por desvalorização e sobrecarga, destacando a urgência de um cuidado longitudinal a esses profissionais. Em paralelo, a situação de crise exigiu medidas de redução de danos, e o estudo aqui apresentado se debruçou sobre tal conjuntura. **Objetivos:** Avaliar os efeitos de um programa de atividades inspirado no Método Mandalas das Emoções® sobre os impactos negativos da COVID-19 na saúde mental de profissionais da saúde. Especificamente, objetivou-se também avaliar os impactos da COVID-19 na saúde mental dos profissionais da área de saúde e compreender o suporte psicossocial oferecido aos profissionais da saúde durante o primeiro ano de pandemia a partir de uma revisão de escopo. **Metodologia:** Estudo composto por dois eixos principais. A revisão de escopo seguiu as recomendações do protocolo do Instituto Joanna Briggs objetivando responder à questão "houve intervenções para promover a saúde mental e o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19?". Por sua vez, o ensaio clínico randomizado *crossover* foi realizado entre novembro de 2020 e setembro de 2021, utilizando um programa digital com exercícios inspirados na Medicina Tradicional Chinesa (Método Mandalas das Emoções®). **Resultados e conclusão:** Ao analisar os achados, a revisão de escopo destacou estratégias potenciais a nível individual, percebendo-se a lacuna de ações institucionais e governamentais. Considerando a necessidade de atenção a curto e longo prazo aos profissionais da saúde durante e após a COVID-19, estudos futuros são fundamentais para a compreensão de uma linha de cuidado em saúde mental que olhe para esse público de acordo com sua totalidade e integridade. Por sua vez, o programa de suporte emocional apresentado no ensaio clínico randomizado demonstrou potencial como ferramenta de baixo custo para a assistência à saúde, alta cobertura e fácil reprodução, contribuindo como estratégia de enfrentamento para as dificuldades de saúde mental de curto e longo prazo desencadeadas pela pandemia. Estudos futuros com maiores duração e amostra são necessários para compreensão da eficácia da intervenção.

Palavras-chave: saúde mental; COVID-19; pessoal de saúde.

ABSTRACT

Introduction: After three years, the psychosocial impacts caused by COVID-19 are unquestionable, with great magnitude in the critical periods of the pandemic, but also long-term repercussions on mental health. Therefore, actions of promotion, prevention, and rehabilitation of mental health, promoted by various social instances, are necessary since the beginning, to mitigate such impacts – especially aimed at a particularly vulnerable group: healthcare workers. In an unprecedented scenario, the emotional distress of healthcare workers surpassed the difficulties experienced by the rest of the population, with exacerbation by alarming working conditions. Thus, the historical precariousness of the labor situation in the health area was intensified, demanding urgent attention and care. The pandemic collapsed a relationship between work and mental health previously marked by devaluation and overload, highlighting the urgency of longitudinal care for healthcare workers. In parallel, the crisis situation required harm reduction measures, and the study presented here focused on this conjuncture. **Objectives:** To evaluate the effects of an activity program inspired by the Mandalas das Emoções® Method on the negative impacts of COVID-19 on the mental health of healthcare workers. Specifically, this study also assessed the impacts of COVID-19 on the mental health of healthcare professionals and sought to understand the psychosocial support offered to healthcare workers during the first year of the pandemic from a scope review. **Methodology:** Study composed of two main axes. The scope review followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute protocol to answer the question "were there interventions to promote the mental health and psychological well-being of health care workers during the first year of the COVID-19 pandemic?" In turn, the crossover randomized clinical trial was conducted between November 2020 and September 2021, using a digital program with exercises inspired by Traditional Chinese Medicine (Mandalas das Emoções Method®). **Results and conclusion:** When analyzing the findings, the scope review highlighted potential strategies at the individual level, perceiving the gap in institutional and governmental actions. Considering the need for short- and long-term attention to healthcare workers during and after COVID-19, future studies are critical to understanding a line of mental health care that comprise this audience according to its totality and integrity. In turn, the emotional support program presented in the randomized clinical trial demonstrated potential as a low-cost tool for health care, high coverage, and easy reproduction, contributing as a coping strategy for the short- and long-term mental health difficulties triggered by the pandemic. Future studies with longer duration and sample size are necessary to understand the effectiveness of the intervention.

Keywords: mental health; COVID-19; health personnel.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 TRABALHO E SAÚDE MENTAL.....	14
1.2 PROFISSIONAIS DA SAÚDE, SAÚDE MENTAL E PANDEMIA.....	16
2. OBJETIVOS	18
3. METODOLOGIA	19
4. RESULTADOS	20
4.1 REVISÃO DE ESCOPO.....	20
4.2 ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO	40
5. DISCUSSÃO GERAL	61
6. CONCLUSÃO	64
7. REFERÊNCIAS	65
8. APÊNDICE	67
9. ANEXO	72

1. INTRODUÇÃO

Em 2023, os jornais noticiaram três anos desde que a Organização Mundial da Saúde declarou a pandemia da COVID-19. De lá para cá, o mundo experimentou uma longa montanha-russa de desafios e transformações – história cujos pormenores conhecemos bem, visto que a acompanhamos à exaustão. No universo científico não foi diferente: ainda nos primeiros meses da pandemia, Amerio et al.¹ nomearam como “La casa de papel” a numerosa quantidade de artigos sobre a temática sendo rapidamente publicados, com sua maioria endereçando discussões aos impactos da COVID-19 na saúde mental.

Voltar os olhares a este tema tem sido essencial durante todo o último triênio. Apesar da melhora gradual na situação sanitária, é perceptível que estamos surfando a quinta onda prevista por Kohli e Virani.² Após as quatro primeiras, mais curtas, com altos picos e restritas aos primeiros meses de pandemia, esta última onda diz respeito justamente a um longo período de impactos na saúde mental da população, cuja repercussão se estenderá por décadas. Neste sentido, ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde mental, promovidas por diversas instâncias sociais, mostram-se necessárias desde os primórdios da COVID-19, a fim de mitigar suas consequências psicossociais nocivas.

Não obstante a abrangência social dos impactos, um grupo teve sua saúde mental especialmente abalada por este contexto: os profissionais da saúde. Em um cenário sem precedentes, o sofrimento emocional deste público ultrapassou as dificuldades experimentadas pelo restante da população, sendo exacerbado por condições de trabalho alarmantes. Assim, a precariedade histórica da situação trabalhista na área da saúde foi intensificada, demandando atenção e cuidado urgentes.^{3,4}

Se os nossos soldados da linha da frente da saúde sofrerem devido a problemas de saúde mental e psicossociais, todos os nossos outros armamentos ficarão comprometidos e a guerra será perdida.⁵

Salientando o papel essencial destes profissionais no sistema de saúde,⁵ o estudo aqui apresentado se debruçou sobre tal conjuntura. Porém, antes de apresentar de maneira mais aprofundada esse panorama, faz-se necessário retornar alguns passos e realizar uma breve exposição do que este manuscrito considerou

enquanto *trabalho e saúde mental*, além de explicitar o ponto de partida contextual quanto às características do exercício de profissões da área da saúde.

1.1 TRABALHO E SAÚDE MENTAL

Não obstante ainda se estar longe de conhecer a verdadeira influência do trabalho na vida do ser humano, esse constructo sofreu significativas alterações quanto à sua compreensão, organização e execução ao longo da história.⁶ Passando por autores clássicos como Marx, Smith e Durkheim, seu conceito pode ser controverso, caracterizado enquanto polissêmico e multifacetado.

De qualquer maneira, em um apanhado de significações, trabalho se traduz em uma atividade essencialmente humana e, portanto, existencial, relacionada à satisfação de necessidades materiais e não materiais.⁷ Ainda, é uma práxis – uma ação concreta, resultante da união dialética entre teoria e prática, orientada para um objetivo – geradora de relações em um processo de mútua produção.⁸ Propiciando uma dupla transformação entre homem e natureza, o trabalho é uma fonte criadora de riqueza e possui um significado intrínseco.^{9,10} Logo, é condição necessária ao desenvolvimento humano e exerce papel fundamental na construção de identidades individuais e coletivas, e sua presença e função na vida dos indivíduos e no funcionamento das sociedades apresenta importante magnitude.⁶

À luz da Psicodinâmica do Trabalho,¹¹ o trabalho é um elemento fundamental para a saúde. Sua relação com o indivíduo é constituída por dimensões econômicas, sociais e subjetivas, corroborando sua centralidade no cotidiano. Em suma, a contribuição no trabalho tem o potencial de oportunizar o (auto)desenvolvimento, em uma dinâmica emancipadora que fomenta a subjetividade – dada a concepção de sujeito enquanto “responsável pelos seus atos e capaz de pensar, de interpretar os sentidos da situação em que se encontra, de deliberar ou de decidir e de agir”.¹²

Entretanto, a escolha da palavra “potencial” dá espaço a uma importante consideração: a relação entre trabalho e saúde está longe de ser cartesiana. Inclusive, toma-se aqui a seguinte concepção: “saúde [...] é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”.¹¹ Ao se perceber, então, que este conceito é caracterizado enquanto dinâmico, em

constante mudança, e que o trabalho por si só também está historicamente em elaboração, é sensato se afastar do reducionismo e compreender o que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) descreve como “oportunidade e risco para a saúde mental”.¹³

Porém, antes de entender tal afirmação, explicita-se, agora, o arcabouço que guiou a compreensão sobre saúde mental. De início, resgata-se a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que ultrapassa a ausência de transtornos e considera a saúde mental como um estado de bem-estar emocional que permite o enfrentamento do estresse cotidiano, a percepção das próprias capacidades, a participação no trabalho e a contribuição para a comunidade.¹⁴

Para além, pensar sobre saúde mental também demanda olhar para sua polissemia, pluralidade e complexidade, visto dizer respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades.¹⁵ Inclusive, ao questionar este “estado de bem-estar”, Dejours já trazia em 1986¹¹ o cuidado com uma delimitação de normalidade a partir da saúde mental, afirmando a impossibilidade da plena ausência de angústias e reforçando a associação deste conceito com a obtenção de meios (e liberdade) para organizar a própria vida e agir individual e coletivamente a partir do desejo.

Destarte, o entendimento sobre o impacto do trabalho nos aspectos emocionais pode iniciar no resgate de sua tão conhecida etimologia. Originada de “*tripalium*” (instrumento de tortura da Idade Média), essa palavra deriva da ideia de punição e tormento¹⁶ – concepção que pode se fazer contemporaneamente coerente dada a ambivalência que preenche a significação do trabalho. Implicando em um misto entre influência positiva e negativa, ele pode ser compreendido de forma a transitar entre dois polos, a partir do prazer e do sofrimento que suscita.⁶

Então, por um lado, o trabalho é um elemento constitutivo do indivíduo, designando-lhe caráter e individualização. Denota, também, liberdade de criação e atuação no mundo, possibilitando transformação da natureza e da sociedade e sendo componente básico das relações sociais.¹⁷ Por outro lado, destacam-se aspectos como o caráter de subsistência, relações capitalísticas, exigências organizacionais, desrespeito à subjetividade, condições degradantes, desumanidade, exploração, entre outros.¹⁶ Todo esse cenário é centrado no sujeito, sendo a experiência laboral modulada pelas histórias, valores, significados e expectativas individuais.

Assim, em uma teia complexa de interações entre o trabalhador, o coletivo e a instituição, a ambivalência advém da coexistência entre fatores protetores e deteriorantes da saúde mental, podendo constituir uma coesão satisfatória e prazerosa ou um confronto gerador de sofrimento. Enfim, essa dinâmica está longe de ser simplista e tão somente binária, descaracterizando qualquer determinismo pontual e rígido entre trabalho e adoecimento.⁶

1.2 PROFISSIONAIS DA SAÚDE, SAÚDE MENTAL E PANDEMIA

Visto que não é objetivo deste manuscrito esgotar as profundas reflexões sobre trabalho e saúde mental, segue-se agora para uma breve caracterização sobre o público-alvo deste estudo (cujo impacto sofrido pela pandemia será melhor descrito nas introduções dos artigos apresentados na sessão de resultados).

Conforme explanado anteriormente, a desvalorização e precarização da atuação dos profissionais da saúde é histórica. Muito anterior à pandemia, este trabalho é caracterizado por “baixos salários, falta de plano de carreira, fragilização de vínculos trabalhistas, elevadas cargas horárias de trabalho e insuficiência de ações de educação permanente”.⁴ Além disso, a desestabilização emocional (constituída por medos, preocupações, incertezas, angústias e dor) se faz inerente à atividade do “cuidado”, suscetibilizando esses trabalhadores ao sofrimento psíquico.¹⁸ Neste sentido, em seu guia sobre saúde mental no trabalho publicado em 2022¹⁴, a OMS insere os profissionais da saúde no grupo de ocupações em risco, descritas pela maior exposição a eventos adversos e traumáticos que podem aumentar a propensão para condições de saúde mental.

Esse fenômeno, então, afeta não só os profissionais (sua saúde e qualidade de vida), como também a assistência em saúde de um modo geral, com um efeito em cascata que gera prejuízos sociais de toda ordem.¹⁸ O importante é interpretá-lo enquanto multicausal, influenciado por elementos sociopolíticos – fragilidade das políticas públicas e institucionais no oferecimento de medidas promotoras e protetoras de saúde mental – e condições laborais já explicitadas, com destaque à naturalização do sofrimento psíquico compreendido enquanto inseparável da profissão.¹⁸

Com base nesse cenário e considerando a relação entre trabalho e saúde mental apresentada na sessão anterior, as estatísticas de adoecimento psíquico dessa população cresceram ao longo dos anos, simplesmente colapsando com a chegada da COVID-19. Dessa forma, a necessidade de cuidado mental e emocional voltado aos profissionais da saúde, já anteriormente instaurada, apresentou-se em caráter de urgência, demandando ações que minimizassem o desgaste psicossocial dos trabalhadores.

No que tange às intervenções em saúde pública, Rose¹⁹ propõe dois grupos de estratégias: as de alto risco e as populacionais. Estas condizem com abordagens preventivas que abrangem a disseminação contínua do risco à saúde em uma população – como é o exemplo das doenças crônicas de alta prevalência. Em contrapartida, as estratégias de alto risco compreendem situações de crise e são comumente voltadas a populações mais vulneráveis, com o objetivo de mitigar a disseminação do impacto – como em doenças transmissíveis. É possível, ainda, uma associação entre ambas, em uma dinâmica de redução de danos, prevenção de agravos, reabilitação e promoção de saúde.²⁰

Analogamente, os debates sobre o histórico da saúde mental dos profissionais da saúde evidenciam a necessidade de se considerar o tema enquanto longitudinal, com a adoção de estratégias de cunho populacional que englobem níveis individuais (trabalhador), institucionais, sociais e governamentais. Entretanto, instaurada a crise sanitária pandêmica, estratégias urgentes foram necessárias em caráter de alto risco, com o intuito de minimização de impactos. Então, gestores de instituições de saúde e níveis governamentais foram convocados a pensar em ações como: plantões de atendimento psicológico nas instituições hospitalares; disponibilização de material *on-line* sobre redução de ansiedade, medo e desespero em momentos de crise; treinamentos constantes para intensificar a segurança na prestação da assistência; contratação emergencial de mais profissionais para diminuição de sobrecarga laboral; e tentativa de garantia de equipamentos de proteção individual.¹⁵

A partir do exposto, este estudo buscou compreender o suporte psicossocial oferecido aos profissionais da saúde durante o período inicial e crítico da pandemia, desenvolvendo em paralelo uma intervenção de apoio à saúde emocional desses trabalhadores.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral: Avaliar os efeitos de um programa de atividades inspirado no Método Mandalas das Emoções® sobre os impactos negativos da COVID-19 na saúde mental de profissionais da saúde.

Objetivos específicos:

- Avaliar os impactos da COVID-19 na saúde mental dos profissionais da área de saúde;
- Compreender o suporte psicossocial oferecido aos profissionais da saúde durante o primeiro ano de pandemia a partir de uma revisão de escopo;
- Avaliar os efeitos do programa de atividades nos aspectos relacionados à depressão, ansiedade e qualidade de vida dos voluntários.

3. METODOLOGIA

Este manuscrito foi desenvolvido a partir de dois eixos: o primeiro, caracterizado por uma revisão de escopo e o segundo, por um ensaio clínico randomizado *crossover*. Por se tratar de tipos de estudo diferentes, cada trabalho demandou um delineamento metodológico específico – em alinhamento com os guias científicos e internacionais. Apesar de estarem detalhadamente descritos nos artigos dispostos na sessão de resultados, faz-se interessante evidenciar o raciocínio que levou à escolha dos dois eixos, bem como sua intersecção ao comporem um estudo mais amplo.

Considerando o objetivo geral deste estudo, em sua intenção inicial de oferecer apoio emocional aos profissionais da saúde, o desenvolvimento da intervenção proposta aconteceu em períodos críticos da pandemia no Brasil (entre novembro de 2020 e setembro de 2021), marcados por idas e vindas nas medidas de isolamento social e picos nos números de casos confirmados e óbitos. Em paralelo, além de buscar acessar tal demanda a partir de um estudo experimental, compreendeu-se a importância de se entender o contexto das intervenções ofertadas em apoio à essa população, no que concerne à quantidade e natureza – especialmente no primeiro ano de COVID-19. Dessa forma, conduziu-se a revisão de escopo.

4. RESULTADOS

4.1 REVISÃO DE ESCOPO

Intervenções de apoio à saúde mental de profissionais da saúde durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19

Resumo: No início da pandemia, a Organização Mundial da Saúde enfatizou a sobrecarga sobre os profissionais de saúde, convocando intervenções para evitar um sério impacto na saúde física e mental. Assim, esta revisão de escopo seguiu as recomendações do protocolo do Instituto *Joanna Briggs* objetivando responder à questão "houve intervenções para promover a saúde mental e o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19?". Após a seleção dos estudos, a amostra foi composta por 13 artigos publicados entre março de 2020 e março de 2021. As intervenções descreveram iniciativas realizadas em sete países, oferecidas por instituições privadas (como hospitais e sistemas de saúde), parceria com universidades e pesquisas, e governo. Os modelos de intervenção foram classificados em não farmacêuticos (virtual, presencial e híbrido) e farmacêuticos. Ao analisar os achados, esta revisão destacou estratégias potenciais a nível individual, percebendo-se a lacuna de ações institucionais e governamentais. Considerando a necessidade de atenção a curto e longo prazo aos profissionais da saúde durante e após a COVID-19, estudos futuros são fundamentais para a compreensão de uma linha de cuidado em saúde mental que olhe para esse público de acordo com sua totalidade e integridade.

Palavras-chave: Saúde mental, pessoal de saúde, COVID-19

Introdução

Declarada como pandêmica em março de 2020, a COVID-19 é uma doença infecciosa de transmissão rápida, causada pelo vírus SARS-CoV-2 e caracterizada por doença respiratória leve a moderada [1]. De acordo com o Centro de Recursos de Coronavírus da Universidade Johns Hopkins, um ano depois de ser considerada uma pandemia, a COVID-19 resultou em mais de 118 milhões de casos relatados e 2,6 milhões de mortes em todo o mundo [2].

Devido às altas taxas de infecção e mortalidade, os sistemas de saúde rapidamente sobrecarregaram em vários países [3,4]. Assim, a sobrecarga dos profissionais da saúde (PS) também ficou evidente, caracterizada por longas jornadas de trabalho, carga horária maciça, exposição ao cansaço, medo da infecção, restrição da vida social, dilemas éticos e morais, falta de equipamentos de proteção individual e sentimentos de apoio inadequado [5,6,7].

Esse cenário repleto de estressores impactou duramente a saúde mental dos PS, como apontam diversos estudos com profissionais de várias áreas da saúde. Uma pesquisa que mensurou mudanças nos estados psicológicos e estratégias de enfrentamento entre 580 PS italianos demonstrou aproximadamente 33,5% da amostra atingindo o limiar das avaliações de morbidade psiquiátrica. Além disso, os participantes perceberam uma piora da saúde psicológica durante a COVID-19 em comparação com antes da pandemia [8]. Uma pesquisa transversal com 554 PS na Arábia Saudita revelou uma alta prevalência de sintomas depressivos entre os trabalhadores da linha de frente. No geral, 48% da amostra relatou sintomas de depressão, com 18% correspondendo à depressão significativa [9].

Na China, um estudo revelou uma alta prevalência de transtornos mentais entre 731 PS de unidades de terapia intensiva, com taxas de 65,9% para sintomas depressivos e 58,7% para sintomas de ansiedade associados à pandemia [10]. Na Coreia do Sul, um estudo transversal com 365 enfermeiros demonstrou 16,5% dos participantes com alto risco de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), indicando associação entre o ambiente de trabalho e TEPT [11]. Na Bélgica, um estudo com 4552 enfermeiros durante a primeira onda da pandemia mostrou um elevado risco de *burnout* em 70% dos inquiridos [12]. Esses dados confirmam uma revisão sistemática realizada por Pappa et al. (2020), que identificou 13 estudos relatando mais de um em cada cinco PS sofrendo de ansiedade e / ou depressão, e quase dois em cada cinco relatando insônia [13].

No início da pandemia, a Organização Mundial da Saúde enfatizou a altíssima sobrecarga dos PS, convocando intervenções direcionadas para evitar um sério impacto na saúde física e mental [14]. Além disso, as taxas de depressão, ansiedade e outros sintomas de doenças mentais descritas na literatura destacam a importância de ações para mitigar esse impacto a curto e longo prazo. Assim, esta revisão de escopo teve como objetivo investigar as intervenções direcionadas à saúde mental dos profissionais de saúde durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19.

Materiais e Métodos

Esta revisão de escopo seguiu os cinco estágios das recomendações do protocolo [15] do Instituto *Joanna Briggs*: 1) identificação da pergunta da pesquisa; 2) identificação de estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados. O acrônimo "participantes, conceito e contexto" (PCC) auxiliou na elaboração da questão de revisão "houve intervenções para promover a saúde mental e o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19?".

Crítérios de inclusão e exclusão

Em termos de método de estudo, a análise inicial incluiu ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, caso-controle e relatos de casos publicados em inglês, português ou espanhol. Esta etapa excluiu revisões de literatura, revisões sistemáticas, metanálises, comentários/opiniões e resumos de conferências, devido ao relato pouco claro dos resultados das intervenções.

Esta revisão enfocou especificamente intervenções, serviços e abordagens terapêuticas que visavam abordar a saúde mental e/ou o bem-estar psicológico dos PS (definidos por grupos como enfermeiros, médicos, dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e médicos). Assim, os critérios de exclusão excluíram artigos referentes à população de não PS, protocolos, laudos publicados sem resultados e medidas adotadas pela assistência à saúde individualmente (não ofertadas pelas instituições). Todos os artigos iniciais incluídos foram publicados entre março de 2020 e março de 2021. No entanto, um artigo foi posteriormente incluído devido à sua relevância para o tema, contendo novos resultados de um estudo previamente selecionado.

Estratégia de busca

A estratégia de busca contemplou o uso de termos *Medical Subject Headings (MeSH)* combinados com operadores booleanos, resultando na combinação ["pessoal de saúde" AND "saúde mental" AND ("infecções por coronavírus" OR "COVID-19") AND "pandemias"]. A busca foi sistematicamente realizada em língua inglesa nas seguintes bases de dados: PubMed, BVS/Bireme, Scopus, Web of Science, EMBASE, Cochrane Library e PSYCINFO.

Extração de dados

Dois revisores independentes realizaram a busca e seleção de estudos ao longo do mês de julho de 2021, e um terceiro revisor resolveu divergências. Os artigos encontrados foram importados para a plataforma *Rayyan*[®] a fim de constatar duplicações e apoiar a triagem. A triagem inicial foi restrita a títulos e resumos, com base na exclusão de artigos fora do tema. A segunda triagem filtrou as publicações restantes, selecionando às que atendiam aos critérios de inclusão. A seleção dos estudos seguiu as recomendações da extensão para revisões de escopo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses (PRISMA-ScR)* [16].

Após a seleção, os textos completos foram avaliados para extração dos dados relevantes, que foram organizados e analisados por um instrumento validado por Ursi [17] e adaptado para esta revisão. Como primeira etapa, elaborou-se uma caracterização dos estudos incluídos, contendo identificação (com ano de publicação e nacionalidade), autor, periódico, desenho metodológico, população, descrição das intervenções e nível de evidência. Notavelmente, as revisões de escopo não removem publicações baseadas em critérios de qualidade metodológica, portanto, nenhum estudo foi excluído como resultado.

Nível de evidência

A análise do nível de evidência (NE) foi realizada seguindo a classificação: (a) Nível I - revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos relevantes; (b) Nível II - evidências de pelo menos um ensaio clínico bem delineado; (c) Nível III - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; (d) Nível IV - estudos de corte e caso-controle bem delineados; (e) Nível V - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; (f) Nível VI - evidências baseadas em estudo descritivo ou qualitativo único; (g) Nível VII - parecer das autoridades ou dos comitês de especialistas, incluindo informações não baseadas na investigação [18]. Após a avaliação dos textos completos, uma análise descritiva dos resultados evidenciados sintetizou cada estudo, com comparações entre publicações e percepção de temas relevantes.

Resultados

Seleção dos estudos

A busca inicial identificou 3670 estudos, com exclusão de 1931 duplicados. Após a triagem do título e do resumo, 1686 artigos foram excluídos por não atenderem ao tema ou aos critérios de inclusão. Dos restantes, 56 foram lidos na íntegra, sendo 43 não elegíveis. Ao final desta seleção, a amostra foi composta por 13 publicações (Figura 1).

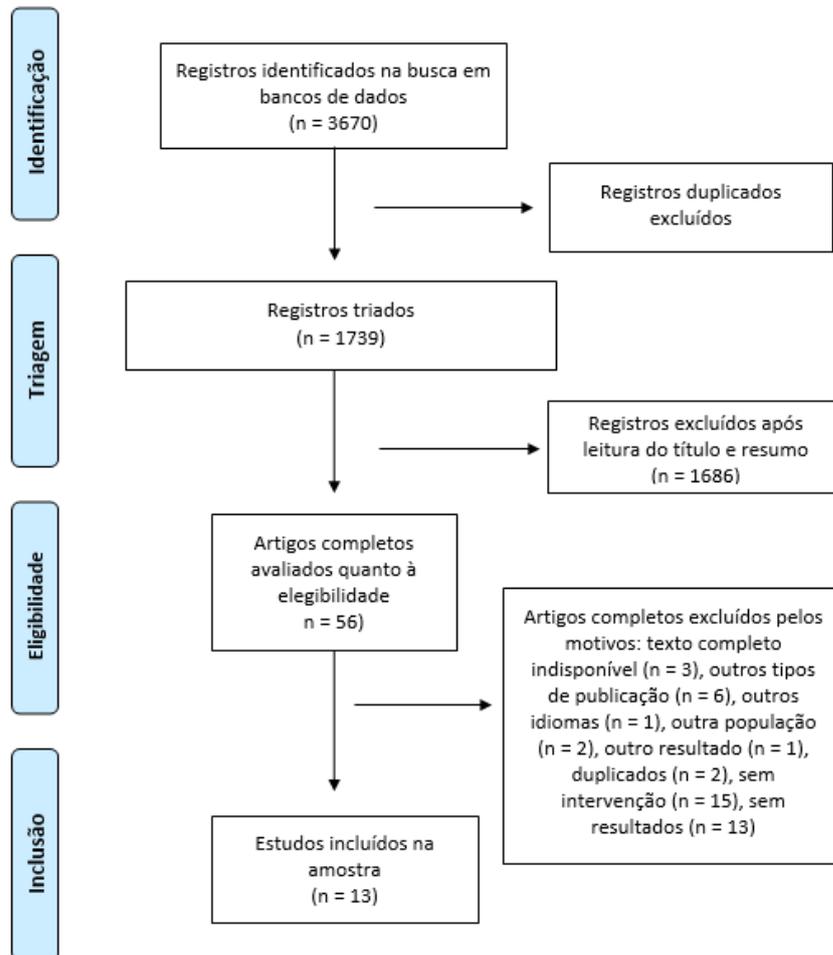


Figura 1. *Flow diagram* do processo de seleção dos estudos.

Características dos estudos incluídos

A tabela 1 apresenta um resumo dos estudos incluídos.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na amostra.

ID	Autor	Revista	Desenho metodológico	População	Intervenção	NE
A1 2021 EUA [19]	Gray et al.	Psychiatry Research	Descritivo	Profissionais de saúde da linha de frente das unidades COVID, UTIs e serviços de emergência	Suporte híbrido através de linhas telefônicas, mensagens de texto, supervisão semanal presencial e encaminhamentos	VI
A2 2021 Espanha [20]	Fiol-DeRoque et al.	JMIR Mhealth Uhealth	Ensaio clínico randomizado	Profissionais de saúde que prestaram cuidado direto a pacientes com COVID-19	Intervenção psicoeducacional auto-gerenciada e auto-guiada baseada em dispositivos móveis (PsyCovidApp)	II
A3 2020 EUA [21]	Azizoddin et al.	Journal of Interprofessional Care	Descritivo	Profissionais de saúde que prestaram cuidado direto a pacientes com COVID-19	Discussões noturnas via videoconferência	VI
A4 2021 França [22]	Rolling et al.	Frontiers in Psychiatry	Descritivo	Profissionais de saúde de um hospital universitário	Linha direta de apoio à saúde mental, salas de relaxamento e equipes móveis	VI
A5 2021 Brasil [23]	Crippa et al.	JAMA Network Open	Ensaio Clínico Randomizado	Médicos, enfermeiros e fisioterapeutas da linha de frente	Canabidiol, 300 mg (150 mg duas vezes por dia, por 28 dias)	II
A6 2020 França [24]	Tarquinio et al.	Issues in Mental Health Nursing	Descritivo	Enfermeiros	Sessão única de Dessensibilização e Reprocessamento do Movimento Ocular (EMDR)	VI
A7 2021 Turquia [25]	Dursun et al.	TELEMEDICINE and e-HEALTH	Descritivo	Profissionais de saúde (não especificados)	Sessões de telessaúde combinadas com equipes locais de apoio psicossocial, serviços de chamadas de vídeo e intervenções de emergência	VI

A8 2020 Espanha [26]	Maté- Méndez y de Fruto	Medicina Paliativa	Descritivo	Profissionais de saúde (não especificados)	Plano de cuidado e apoio psicológico aos profissionais	VI
A9 2020 Itália [27]	Giordano et al.	The Arts in Psychotherapy	Descritivo	Profissionais de saúde que prestaram cuidado direto a pacientes com COVID-19	Intervenção remota de terapia musical receptiva por cinco semanas	VI
A10 2020 Canadá [28]	Sockalingam et al.	Journal of Educational, Health and Community Psychology	Descritivo	Profissionais de saúde (não especificados)	Telementoria e modelo de desenvolvimento profissional contínuo	VI
A11 2021 EUA [29]	Bernstein et al.	The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	Descritivo	Profissionais de saúde (não especificados)	Recursos psicoeducacionais, apoio telefônico, centros de apoio à equipe, apoio clínico, apoio entre pares e apoio religioso	VI
A12 2020 EUA [30]	Viswanathan et al.	Psychosomatics	Descritivo	Médicos, médicos residentes e pessoal de enfermagem	Grupos de apoio de pares por videoconferência e telefone	VI
A13 2020 EUA [31]	Mellins et al.	General Hospital Psychiatry	Descritivo	Profissionais de saúde que assistem pacientes com COVID-19	Suporte entre pares em grupos, sessões individuais e espaços para conversa	VI

Sete estudos [21, 24, 26, 27, 28, 30, 31] foram publicados no ano de 2020 e seis [19, 20, 22, 23, 25, 29] em 2021. As publicações apareceram em 13 periódicos distintos e principalmente na língua inglesa, com exceção de uma em espanhol [26]. A maioria foi desenvolvida nos Estados Unidos [19, 21, 29, 30, 31]; Espanha [20, 26] e França [22, 24] lideraram dois estudos cada e os outros foram desenvolvidos no Brasil [23], Turquia [25], Itália [27] e Canadá [28]. Apenas dois artigos descreveram ensaios clínicos randomizados [20, 23] com NE II; os demais apresentaram delineamento metodológico descritivo com NE VI.

Em relação à origem do apoio em saúde mental, os estudos apresentaram três fontes distintas. Primeiramente, a maioria [19, 21, 22, 29, 30, 31]

descreveu intervenções oferecidas pela instituição de saúde onde os profissionais estavam alocados, como hospitais e sistemas de saúde. A segunda origem mais comum foi da parceria com universidades e pesquisas [20, 23, 24, 26, 27]. Apenas duas publicações [25, 28] descreveram intervenções formuladas por iniciativas governamentais.

Outro dado relevante diz respeito à descrição dos desfechos. A maior parte dos estudos [19, 21, 22, 25, 26, 28, 29, 30, 31] explorou apenas uma análise descritiva e operacional das intervenções, fornecendo, por exemplo, informações sobre o número de participantes, número de consultas e encaminhamentos e características dos profissionais atendidos. Cinco estudos [19, 22, 25, 26, 28] também descreveram demandas, sintomas de saúde mental e emoções relatadas pelos profissionais de saúde que procuraram o apoio. Outros cinco estudos [20, 23, 24, 26, 27] abordaram brevemente a avaliação da eficácia da intervenção, com o uso de instrumentos, validados ou não, para mensurar a melhora do bem-estar psicológico.

Modelos de intervenção

Os artigos descreveram diferentes modelos de intervenção, que consistiram em atividades virtuais, assistência presencial e reuniões, abordagem híbrida ou tratamento farmacêutico. A seção a seguir explora detalhadamente cada um desses modelos. Para fins de análise, as intervenções foram classificadas nos seguintes modelos: não farmacêuticas e farmacêuticas. As não farmacêuticas foram divididas em: (a) virtuais [20, 21, 24, 27, 28, 30]; b) presencial [26]; e (c) híbridas [19, 22, 25, 29, 31]. Apenas uma intervenção farmacêutica foi descrita, utilizando canabidiol [23].

Não farmacêuticas: virtuais

Entre as abordagens não farmacêuticas, um estudo realizado como um ensaio clínico randomizado e controlado ofereceu uma intervenção digital (aplicativo para telefone celular *PsyCovidApp*) para PS espanhóis. A amostra incluiu 482 participantes aleatoriamente designados para utilização do *PsyCovidApp* (n = 248) ou do aplicativo controle (n = 234). O estudo concluiu que o uso da intervenção móvel diminuiu os problemas de saúde mental após duas semanas apenas entre os

profissionais de saúde que também estavam recebendo psicoterapia ou medicamentos psicotrópicos [20].

Também usando uma intervenção remota, um grupo de funcionários interprofissionais se reuniu em programas de *debriefing* noturno via videoconferência para discutir os desafios impostos pela pandemia, como distanciamento social, recursos escassos, alta acuidade, esgotamento clínico e saúde mental [21]. Os resultados dessa intervenção incluíram melhorias no bem-estar psicológico da equipe e no processo clínico, afirmando a relevância de combinar iniciativas de melhoria da qualidade com uma abordagem em saúde mental, especialmente durante eventos críticos [21].

Outra estratégia encontrada na amostra foi a terapia de Dessensibilização e Reprocessamento do Movimento Ocular (*EMDR*). A abordagem [24] objetivou reduzir as consequências do estresse de eventos cumulativos experimentado por 17 enfermeiros de Metz (França), a partir de uma sessão única com um protocolo remoto de *EMDR*. As melhorias no estado emocional persistiram por uma semana, demonstrando o potencial do *EMDR* como uma intervenção precoce em uma situação de estresse agudo [24].

Ainda considerando o baixo custo e fácil aplicação em casos de estresse agudo, outro estudo apresentou a musicoterapia receptiva [28]. Direcionada ao corpo clínico em atuação com pacientes com COVID-19, esta intervenção de cinco semanas resultou em uma variação significativa imediata no estado emocional dos participantes.

Usando a estratégia de uma rápida implementação de melhorias, uma iniciativa canadense forneceu tele-educação para 426 PS com foco em apoio emocional [30]. Como parte dos dados de avaliação das necessidades, a maioria dos participantes relatou aumento do estresse, medo de infectar outras pessoas e de adoecer, relatando alta satisfação com as cinco sessões iniciais.

Em Nova York (EUA), o departamento de psiquiatria do Hospital Universitário do Brooklyn organizou grupos de apoio e sessões individuais de videoconferência para os PS. No início, os problemas comuns relatados incluíram o distanciamento social e o isolamento da família, o medo de infectar outras pessoas e a escassez de equipamentos de proteção individual. Em sessões posteriores, médicos e enfermeiros mencionaram o medo do distanciamento de seus pacientes

devido ao uso de máscaras e equipamentos de proteção; por fim, temiam que a necessidade de comunicar sucessivamente más notícias os deixasse entorpecidos ou robóticos nessas interações, nas quais atuariam como ponte entre paciente e família, devido ao isolamento imposto [30].

Não farmacêuticas: presencial

Esta revisão analisou apenas uma intervenção exclusivamente presencial. Um grupo de pesquisa desenvolveu um plano de intervenção psicológica em um hospital de Barcelona que incluiu apoio psicológico individual e em grupo, com foco nos PS [26]. Nessas sessões, os participantes relataram o medo de se contaminar ou contaminar terceiros, juntamente com o medo de prestar cuidados inadequados aos pacientes. Todos os participantes expressaram alta satisfação após as sessões [26].

Não farmacêuticas: híbridas

Dentre as estratégias híbridas, os estudos foram desenvolvidos a três níveis: local [29, 31], regional [19, 22] e nacional [25].

A nível local, o *Montefiore Medical Center* (Nova York) aplicou múltiplas intervenções, incluindo recursos psicoeducacionais, uma linha de suporte telefônico, centros de apoio à equipe, programas de tratamento de saúde mental, sessões de apoio à equipe, apoio de pares, programas de bem-estar e apoio religioso. Os pesquisadores perceberam que os centros de apoio à equipe foram a opção de apoio mais utilizada, devido ao fácil acesso a locais de descanso, relaxamento e recarga e ofereciam uma forma básica de conexão humana não necessariamente associada ao potencial estigma de buscar apoio formal. Outros serviços, como suportes telefônicos, tratamentos individuais, programas de bem-estar e apoio religioso, foram acessados com menos frequência [29].

Também a nível local, o programa de apoio a pares da *CopeColumbia* foi desenvolvido por professores do Departamento de Psiquiatria de um grande centro médico urbano para apoiar o bem-estar emocional e melhorar a resiliência profissional dos PS. Este programa ofereceu quatro formatos de apoio: grupal, individual, espaços para conversa e um site contendo recursos psicoeducativos. Os facilitadores foram capacitados por um guia de princípios baseados em evidências.

Durante as últimas semanas de intervenção, a avaliação do sofrimento emocional médio teve uma diminuição significativa, mas a utilidade do grupo permaneceu inalterada. Além disso, a maioria dos entrevistados relatou recomendar o grupo a um colega [31].

O *Mount Sinai Health System*, com sede em Nova York, projetou um conjunto robusto de serviços em um programa de cinco níveis: (a) equipes de resposta imediata a crises de saúde mental e linhas de chamada 24 horas por dia, 7 dias por semana, para indivíduos e equipes; (b) sensibilização e prevenção proativas proporcionadas por líderes de saúde mental e visitas *in loco* por clínicos de saúde mental; (c) apoio psicossocial em grupos de apoio e aconselhamento por videoconferência; (d) atividades guiadas de autocuidado por meio de meditação, yoga e *mindfulness*; e (e) linha telefônica central para triagem antes do atendimento clínico, se necessário. Apesar da ausência de uma análise rigorosa de sua eficácia, este estudo relata uma forte resposta positiva dos colaboradores e da liderança sobre o programa implementado [19].

Em uma abordagem semelhante, Rolling et al. (2021) relataram a criação de um sistema local de prevenção e cuidados de saúde mental em Estrasburgo dedicado aos PS, que forneceu: (a) uma linha direta de apoio emocional; b) salas de relaxamento; c) equipes móveis; e (d) uma seção dedicada aos pacientes e suas famílias. Sua força relatada consistia em ser um sistema modular com subpeças articuladas que poderiam ser implantadas e realocadas conforme necessário. Além disso, apesar de não apresentar uma análise sobre a eficácia, o artigo fornece uma descrição detalhada do modelo, subsidiando possíveis replicações [22].

A última intervenção híbrida consiste em um sistema nacional disponível na Turquia, estabelecido para fornecer ajuda psiquiátrica para os PS, combinando aplicativos de telessaúde com equipes locais de apoio psicossocial, permitindo serviços de chamadas de vídeo a intervenções de emergência. Os resultados mediram o número de profissionais que buscaram as opções de apoio. Além disso, a satisfação com o serviço também foi avaliada com nota 8,1/10 [25].

Farmacêutica: canabidiol

Por fim, uma intervenção investigou a segurança e a eficácia de uma terapia com canabidiol (CBD) como suporte emocional aos PS na linha de frente.

Neste estudo, 300mg de CBD foram administrados a 120 participantes por 28 dias. Apesar do potencial na redução dos sintomas de *burnout* e exaustão emocional, os pesquisadores consideraram a necessidade de equilibrar os benefícios dessa terapia com efeitos adversos ou indesejados, reforçando a importância de futuros ensaios clínicos randomizados duplo-cegos para confirmação dos achados [23].

Discussão

A necessidade de apoio em saúde mental aos PS devido aos impactos da pandemia, a curto e longo prazo, é inquestionável. Consistente com os dados extraídos dos artigos incluídos nesta revisão, uma metanálise [32] realizada com 40 estudos e uma amostra de cerca de três milhões de PS indicou o intenso sofrimento emocional desse público - condição evidenciada pela prevalência de sintomas relacionados à ansiedade, depressão, estresse e TEPT. Considerando que muitos estudos foram realizados nos primeiros meses da pandemia, a necessidade de ajuda é clara desde o início. De fato, os cuidados emocionais oferecidos a esses trabalhadores têm sido escassos desde os períodos pré-pandêmicos, o que potencializou os impactos da COVID-19.

Mesmo assim, esta revisão encontrou um pequeno número de publicações divulgando consistentemente ações e estratégias para mitigar o sofrimento mental dos PS no primeiro ano da pandemia - um período muito crítico. Além disso, o nível de evidência apontou que a maioria dos estudos [19, 21, 22, 24-31] carecia de uma análise robusta.

Neste sentido, os critérios de inclusão desta revisão englobaram apenas publicações de março de 2020 a março de 2021, levantando a limitação quanto ao relato de outras intervenções relevantes após esse período. No entanto, um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde apresentou uma lacuna no apoio à saúde mental dos PS. De acordo com o documento, somente um terço dos profissionais de saúde entrevistados em 11 países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Bolívia, Guatemala, México, Peru, Porto Rico, Venezuela e Uruguai) relataram receber apoio psicológico quando necessário. Este estudo, realizado em 26 países [33], destacou a urgência para o desenvolvimento de políticas e ações específicas para a proteção da saúde mental dos PS.

Então, uma linha de cuidado voltada para o apoio à saúde mental dos PS deve considerar o curto e o longo prazo, englobando um plano de intervenções, presenciais ou remotas, que ofereçam prevenção, promoção e reabilitação. Além disso, um programa composto por múltiplas estratégias pode alcançar os mais variados sintomas, graus de sofrimento emocional e até mesmo prevenir o "comportamento de não busca" (causado pelo medo do estigma e vergonha de procurar apoio emocional).

Entretanto, as publicações incluídas nesta revisão evidenciam a essencialidade das intervenções para reduzir o estresse agudo gerado pela pandemia (o que condiz com o período limitado pela estratégia de busca). Um exemplo eficiente desse atendimento emergencial é a disponibilidade de profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras) para cuidado clínico, em modo presencial ou de linha de chamada/videoconferência. Outra estratégia promissora considerando o contexto de crise é a implementação de "locais de despressurização", que proporcionam descanso, relaxamento e recarga. Nesse sentido, destaca-se também a importância de se promover uma "cultura de pausa", uma vez que as pausas no trabalho dos PS podem ser identificadas como facilitadoras para a recuperação da fadiga, prevenindo a fadiga crônica e seu potencial para levar a emoções, ações e resultados negativos a longo prazo [34]. Assim, os "locais de despressurização" mitigam os temporariamente os estímulos estressores, proporcionando recuperação cognitiva e emocional.

Ainda quanto à atenção emergencial, intervenções baseadas em *EMDR* e musicoterapia mostraram-se eficazes na redução de altos níveis de estresse em um curto período (mesmo com apenas uma sessão), sendo potenciais estratégias a serem incorporadas em uma linha de cuidado à saúde mental desse público. O *EMDR*, por exemplo, apresenta efetividade para a intervenção precoce do TEPT, prevenindo o desenvolvimento de sintomas entre indivíduos expostos a um evento traumático [35]. Além disso, estudos descobriram que essa terapia reduz a gravidade do TEPT e os sintomas de ansiedade no trauma relacionado ao trabalho, favorecendo o retorno ao trabalho [36].

Em relação à musicoterapia, uma metanálise de 26 estudos forneceu evidências consistentes de qualidade moderada de que as intervenções musicais estão associadas a mudanças significativas na saúde mental [37]. Por sua vez, os

achados de um ensaio clínico randomizado e controlado sugeriram um efeito significativo de uma única sessão de musicoterapia sobre a ansiedade e os parâmetros vitais em pacientes hospitalizados com COVID-19. Para os pesquisadores, a musicoterapia apresenta um efeito positivo sobre o sistema parassimpático, resultando em uma resposta de relaxamento, além de atenuar os inúmeros fatores estressantes da hospitalização [38].

Após o acolhimento inicial das demandas e a promoção de ações para redução dos sintomas emocionais agudos, é importante perceber a necessidade de uma abordagem de reabilitação, que pode consistir em encaminhamentos e continuidade de sessões psicoterápicas e psiquiátricas (mesmo com a adoção de medicamentos, se necessário). Então, essa é a relevância de manter a cultura de uma equipe de apoio à saúde mental nas instituições de saúde, específicas para os PS, após a pandemia. Este raciocínio é apoiado por várias diretrizes, como o guia australiano para prevenção e tratamento de TEPT, que recomenda intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental, terapia de exposição narrativa, terapia centrada no presente, treinamento de inoculação de estresse e até *EMDR* (além de intervenções farmacológicas quando necessário) [39].

Além disso, um *continuum* de cuidados em saúde mental, abrangendo estratégias longitudinais relacionadas à prevenção e promoção, é uma lição essencial aprendida com a pandemia. Nesse sentido, além da oferta de sessões de terapias individuais, outras intervenções efetivas reveladas por esta revisão são as terapias grupais (ou grupos de discussão) e o apoio por pares, que promovem um espaço de verbalizações, compartilhamentos, reflexões, exposição e resolução de problemas, proporcionando alívio emocional e identificação. Isso se alinha com o conceito de "grupos de apoio", entendidos como "um grupo de pessoas com experiências e preocupações comuns que fornecem apoio emocional e moral uns aos outros" [40]. Por sua vez, o apoio entre pares "reúne pessoas com estressores ou problemas de saúde semelhantes com o propósito de apoio mútuo ou apoio unidirecional de um par experiente para um par novato" [41]. Assim, essas abordagens longitudinais podem ser extremamente valiosas para qualquer organização de saúde, independentemente de um contexto de crise.

Finalmente, além do apoio dos pares, é imperativo oferecer informação e letramento em saúde aos PS sobre saúde mental e estratégias para promovê-la.

Aqui, em conjunto com as ações citadas anteriormente, uma intervenção promissora encontrada nesta revisão é o uso de aplicativos de dispositivos móveis que, apesar de não mostrar eficácia como uma única ferramenta, pode ser uma abordagem longitudinal benéfica se combinado a estratégias paralelas.

Porém, um aspecto merece destaque: esta revisão encontrou ações primordialmente direcionadas ao trabalhador, exemplificadas por estratégias de autoproteção, “despressurização” e desenvolvimento de resiliência. Dessa forma, percebe-se uma lacuna no que diz respeito às modificações ambientais, institucionais e na organização do trabalho, caracterizada por fatores inerentes à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, as responsabilidades, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e as relações de poder [42]. Neste sentido, sabe-se que os PS enfrentam impactos na saúde mental mesmo antes da pandemia, que agravou aspectos pré-existentes como sobrecarga, exaustão, dilemas éticos e morais e subvalorização salarial. Um estudo avaliou a saúde mental e o bem-estar pré-COVID entre PS de múltiplas áreas e constatou problemas relacionados à autoavaliação de saúde ruim, sofrimentos físico e mental frequentes, limitação em atividades, diagnóstico de depressão e sono insuficiente [43].

Dessa forma, a revisão de Cantor-Cruz et al. (2021), por sua vez, aponta a importância de ações de promoção e proteção da saúde mental dos PS a níveis individual, social e institucional, na busca por oferecer apoio durante a pós a emergência em caráter integral, comunitário, corresponsável e permanente [44]. Essa ideia está alinhada com o termo "saúde mental e apoio psicossocial", previsto pelo Comitê Permanente Interagencial (IASC) para descrever ações de múltiplos níveis para respostas a surtos, integrando um amplo espectro de determinantes psicossociais [45].

Assim, o apoio à saúde mental dos PS deve ser estabelecido nos níveis governamental, institucional e individual, compreendendo intervenções em várias camadas e sistemas integrados de apoio [8, 45]. Por sua vez, essa abordagem pode proteger contra o adoecimento mental e favorecer a motivação, o desempenho [8], a qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade e o combate a problemas institucionais como absenteísmo, licenças médicas e demissões [46].

Compreendendo a saúde mental como "um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da

vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para sua comunidade" [47], é possível notar a importância de se pensar além do campo emocional, concebendo a integridade e a complexidade desse conceito. Então, é impossível dissociar os impactos da saúde mental não apenas no trabalho, mas também no engajamento com a vida cotidiana (e vice-versa), sendo fundamental para a compreensão de uma linha de cuidado em saúde mental que olhe para os PS considerando sua totalidade e integridade.

Conclusão

As evidências reunidas nesta revisão demonstraram uma linha de cuidado voltada para o apoio à saúde mental dos PS considerando duas etapas: (a) curto prazo, para atendimento de emergência, com linhas de atendimento, ambientes de despressurização e terapias rápidas ou autoaplicadas, e (b) longo prazo, para um cuidado contínuo, via terapia profissional ou em grupo, presencial ou web mobile.

Porém, destaca-se o direcionamento individual de tais ações, com vistas à necessidade de se abordar o tema a partir de sua complexidade e multifatorialidade. O sucesso do cuidado à saúde mental dos PS depende de sua implementação sistêmica, abrangendo os níveis governamental, institucional e individual, olhar que favorecerá intervenções sustentáveis e dependerá de transformações na cultura organizacional.

Considerando que as melhores evidências são obtidas por meio de estudos de alta qualidade metodológica, uma limitação importante desta revisão foi a ausência de artigos com métodos robustos. Nesse sentido, o critério de seleção que limitou o período de publicação restringiu a análise às intervenções oferecidas nos primeiros meses da pandemia, mas publicadas posteriormente. No entanto, esses estudos iniciais revelam caminhos importantes para futuras investigações, que necessitam considerar o contexto enfrentado pelos PS antes, durante e após a pandemia.

Referências

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.

2. Johns Hopkins University. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/>.
3. Armocida B, Formenti B, Ussai S, Palestra F, Missoni E. The Italian Health System and the COVID-19 Challenge. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5). DOI: 10.1016/s2468-2667(20)30074-8.
4. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical Care Crisis and Some Recommendations during the COVID-19 Epidemic in China. *Intensive Care Medicine*. 2020. DOI: 10.1007/s00134-020-05979-7.
5. MD RHS. What's it like to be a healthcare worker in a pandemic? [Internet]. Disponível em: <https://www.health.harvard.edu/blog/whats-it-like-to-be-a-healthcare-worker-in-a-pandemic-2020040819485>.
6. Fottrell Q. Nurses are wearing garbage bags as they battle coronavirus: 'It's like something out of the Twilight Zone. *MarketWatch*. 2020 [acessado em 11 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.marketwatch.com/story/nurse-at-brooklyn-hospital-on-coronavirusprotective-clothing-its-a-garbage-bag-its-like-something-out-of-the-twilightzone-2020-04-07>.
7. Shin S, Yoo HJ. Frontline Nurses' Caring Experiences in COVID-19 Units: A Qualitative Study. *J Nurs Manag*. 2022. DOI: 10.1111/jonm.13607.
8. Bettinsoli ML, Di Riso D, Napier JL, Moretti L, Bettinsoli P, Delmedico M, et al. Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Appl Psychol Health Well-being*. 2020. DOI: 10.1111/aphw.12239.
9. ALGhasab NS, ALJadani AH, ALMesned SS, Hersi AS. Depression among Physicians and Other Medical Employees Involved in the COVID-19 Outbreak. *Medicine*. 2021;100(15):e25290. DOI: 10.1097/md.00000000000025290.
10. Peng X, Meng X, Li L, Hu C, Liu W, Liu Z, et al. Depressive and Anxiety Symptoms of Healthcare Workers in Intensive Care Unit under the COVID-19 Epidemic: An Online Cross-Sectional Study in China. *Front Public Health*. 2021;9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.603273.
11. Bae SY, Yoon H, Kim Y, Kim J. Posttraumatic Stress Disorder and Related Factors among Nurses Working during the COVID-19 Pandemic. *J Nurs Manag*. 2022. DOI: 10.1111/jonm.13615.

12. Khan Y, Bruyneel A, Smith P. “Determinants of the Risk of Burnout among Nurses during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Belgium: A Cross-Sectional Study.” *J Nurs Manag*. 2022. DOI: 10.1111/jonm.13624.
13. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901–907. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.
14. Google Scholar [Internet]. Disponível em: [http://refhub.elsevier.com/S0165-1781\(20\)32327-1/sbref0003](http://refhub.elsevier.com/S0165-1781(20)32327-1/sbref0003) (acessado em 14 de março de 2023).
15. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. *JBIR Reviewer’s Manual*. 2019. DOI: 10.46658/jbirm-20-01.
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–473. DOI: 10.7326/m18-0850.
17. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de Lesões de Pele No Perioperatório: Revisão Integrativa Da Literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(1):124–131. DOI: 10.1590/s0104-11692006000100017.
18. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare : A Guide to Best Practice*. Wolters Kluwer Health; 2018.
19. Gray M, Monti K, Katz C, Klipstein K, Lim S. A “Mental Health PPE” Model of Proactive Mental Health Support for Frontline Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res*. 2021;299:113878. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113878.
20. Fiol-DeRoque MA, Serrano-Ripoll MJ, Jiménez R, Zamanillo-Campos R, Yáñez-Juan AM, Bennasar-Veny M, et al. A Mobile Phone–Based Intervention to Reduce Mental Health Problems in Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic (PsyCovidApp): Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth uHealth*. 2021;9(5):e27039. DOI: 10.2196/27039.
21. Azizoddin DR, Vella Gray K, Dundin A, Szyld D. Bolstering Clinician Resilience through an Interprofessional, Web-Based Nightly Debriefing Program for Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic. *J Interprof Care*. 2020;34(5):711–715. DOI: 10.1080/13561820.2020.1813697.

22. Rolling J, Mengin AC, Palacio C, Mastelli D, Fath M, Gras A, et al. COVID-19: Mental Health Prevention and Care for Healthcare Professionals. *Front Psychiatry*. 2021;12. DOI: 10.3389/fpsy.2021.566740.
23. Crippa JAS, Zuardi AW, Guimarães FS, Campos AC, de Lima Osório F, Loureiro SR, et al. Efficacy and Safety of Cannabidiol plus Standard Care vs Standard Care Alone for the Treatment of Emotional Exhaustion and Burnout among Frontline Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2120603. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.20603.
24. Tarquinio C, Brennstuhl M-J, Rydberg JA, Bassan F, Peter L, Tarquinio CL, et al. EMDR in Telemental Health Counseling for Healthcare Workers Caring for COVID-19 Patients: A Pilot Study. *Issues Ment Health Nurs*. 2020;42(1):1–12. DOI: 10.1080/01612840.2020.1818014.
25. Dursun OB, Turan B, Pakyürek M, Tekin A. Integrating Telepsychiatric Services into the Conventional Systems for Psychiatric Support to Health Care Workers and Their Children during COVID-19 Pandemics: Results from a National Experience. *Telemed J e-Health*. 2020. DOI: 10.1089/tmj.2020.0237.
26. Maté Méndez J, Lleras de Frutos M. Profesionales Sanitarios: Afrontando El Impacto Emocional Por La COVID-19 En Un Centro Monográfico de Cáncer. *Medicina Paliativa*. 2020. DOI: 10.20986/medpal.2020.1186/2020.
27. Giordano F, Scarlata E, Baroni M, Gentile E, Puntillo F, Brienza N, et al. Receptive Music Therapy to Reduce Stress and Improve Wellbeing in Italian Clinical Staff Involved in COVID-19 Pandemic: A Preliminary Study. *Arts Psychother*. 2020;70:101688. DOI: 10.1016/j.aip.2020.101688.
28. Sockalingam S, Clarkin C, Serhal E, Pereira C, Crawford A. Responding to Health Care Professionals' Mental Health Needs during COVID-19 through the Rapid Implementation of Project ECHO. *J Contin Educ Health Prof*. 2020;40(3):211–214. DOI: 10.1097/ceh.0000000000000311.
29. Bernstein CA, Bhattacharyya S, Adler S, Alpert JE. Staff Emotional Support at Montefiore Medical Center during the COVID-19 Pandemic. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2020. DOI: 10.1016/j.jcq.2020.11.009.
30. Viswanathan R, Myers M, Fanous A. Support Groups and Individual Mental Health Care via Video Conferencing for Frontline Clinicians during the COVID-19 Pandemic. *Psychosomatics*. 2020;61(5):538–543. DOI: 10.1016/j.psym.2020.06.014.

31. Supporting the Well-Being of Health Care Providers during the COVID-19 Pandemic: The CopeColumbia Response. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2020.08.013.
32. Chutiyami M, Cheong AMY, Salihu D, Bello UM, Ndwiga D, Maharaj R, et al. COVID-19 Pandemic and Overall Mental Health of Healthcare Professionals Globally: A Meta-Review of Systematic Reviews. *Front Psychiatry*. 2022;12. DOI: 10.3389/fpsy.2021.804525.
33. The COVID-19 HEalth CaRe WORkErs Study (HEROES) INFORME REGIONAL de LAS AMÉRICAS.
34. Gifkins J, Johnston DA, Loudoun A. Fatigue and Recovery in Shiftworking Nurses; a Scoping Literature Review. *Int J Nurs Stud*. 2020;112:103710. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103710.
35. Morris H, Hatzikiriakidis K, Savaglio M, Dwyer J, Lewis C, Miller R, et al. Eye Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment and Early Intervention of Trauma among First Responders: A Systematic Review. *J Trauma Stress*. 2022. DOI: 10.1002/jts.22792.
36. Khan AM, Dar S, Ahmed R, Bachu R, Adnan M, Kotapati VP. Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Cureus*. 2018;10(9). DOI: 10.7759/cureus.3250.
37. McCrary JM, Altenmüller E, Kretschmer C, Scholz DS. Association of Music Interventions with Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(3):e223236–e223236. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.3236.
38. Giordano F, Losurdo A, Quaranta VN, Campobasso N, Daleno A, Carpagnano E, et al. Effect of Single Session Receptive Music Therapy on Anxiety and Vital Parameters in Hospitalized Covid-19 Patients: A Randomized Controlled Trial. *Sci Rep*. 2022;12(1). DOI: 10.1038/s41598-022-07085-8.
39. AUSTRALIAN GUIDELINES for the PREVENTION and TREATMENT OF.
40. Hu A. Reflections: The Value of Patient Support Groups. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(4):587–588. DOI: 10.1177/0194599817697030.

41. Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA, Valenstein M. Efficacy of Peer Support Interventions for Depression: A Meta-Analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(1):29–36. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.10.002.
42. DEJOURS C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez; 1987.
43. Silver SR, Li J, Marsh S, Carbone E. Pre-pandemic Mental Health and Well-being: Differences within the Healthcare Workforce and the Need for Targeted Resources. *J Occup Environ Med*. 2022. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002630.
44. CANTOR-CRUZ F, et al. Mental health care of health workers during Covid-19: Recommendations based on evidence and expert consensus. *Rev Colomb Psiquiatr (English Ed.)*. 2021;50(3):225–231.
45. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2007 | IASC.
46. Fukuti P, Uchôa CLM, Mazzoco MF, Corchs F, Kamitsuji CS, Rossi LD, et al. How Institutions Can Protect the Mental Health and Psychosocial Well-Being of Their Healthcare Workers in the Current COVID-19 Pandemic. *Clinics*. 2020. DOI: 10.6061/clinics/2020/e1963.
47. Pan American Health Organisation. Mental Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>.

4.2 ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Suporte emocional digital inspirado na Medicina Tradicional Chinesa para profissionais da saúde durante a COVID-19: um ensaio clínico randomizado *crossover*

Resumo

Introdução: Os desafios únicos enfrentados pelos profissionais de saúde durante a COVID-19 são inquestionáveis. Nos dois primeiros anos de pandemia, eles vivenciaram intensa sobrecarga física e emocional, culminando em um cenário de altos impactos na saúde mental. *Objetivo:* Analisar os efeitos de um programa suporte emocional a profissionais de saúde durante meses críticos de COVID-19. *Material e métodos:* Trata-se de um ensaio clínico randomizado *crossover* realizado entre novembro de 2020 e setembro de 2021, utilizando um programa digital com

exercícios inspirados na Medicina Tradicional Chinesa (Método Mandalas das Emoções®). *Resultados:* Os resultados deste estudo envolvendo 53 participantes apontaram para uma tendência estatística de melhora nos escores das avaliações, especialmente nos aspectos relacionados à "vitalidade", "aspectos emocionais", "dor" e "saúde mental". *Conclusão:* o programa de suporte emocional apresentado neste estudo demonstrou potencial como ferramenta de baixo custo para a assistência à saúde, alta cobertura e fácil reprodução, contribuindo como estratégia de enfrentamento para as dificuldades de saúde mental de curto e longo prazo desencadeadas pela pandemia. Estudos futuros com maiores duração e amostra são necessários para compreensão da eficácia da intervenção. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos número RBR-5c8pz5r.

Palavras-chave: saúde mental, pessoal de saúde, COVID-19, regulação emocional, Medicina Tradicional Chinesa.

Introdução

No final de 2019, foi inicialmente descrito em Wuhan, na China, o vírus Sars-Cov-2, responsável por uma doença respiratória infecciosa que apresenta alta virulência, crescimento exponencial de contaminação e alta letalidade [1]. O coronavírus rapidamente se espalhou por diversos países, sendo declarada a pandemia da COVID-19 em março de 2020 [1], atingindo a marca de um milhão de mortos em cerca de seis meses [2].

Cinco ondas foram notórias no desenvolvimento natural da COVID-19: (1) infecção aguda; (2) interferência na assistência às situações de urgência/emergência; (3) reinfecções por coronavírus; (4) impactos na assistência a doenças crônicas; e (5) impactos na saúde mental e economia [3]. As primeiras, mais curtas e com altos picos, progressivamente cederam lugar à achatada quinta onda, que iniciou nos primeiros meses de pandemia e se estenderá por décadas [3].

Neste sentido, nota-se a negativa repercussão da COVID-19 na saúde mental da população em geral e, especificamente, de parcelas mais vulneráveis a esse impacto – como os profissionais da saúde, que nos dois primeiros anos da pandemia experimentaram intensa sobrecarga física e emocional relacionada a jornadas de trabalho massivas, exposição à infecção, falta de equipamentos de proteção individual, dilemas éticos e morais, medo da infecção e suas consequências, isolamento social e estigma [4, 5, 6]. Então, se historicamente já existia uma preocupação com a precarização das condições de trabalho da área da saúde, atualmente isso é acentuado pela percebida fragilização da saúde mental desta classe de trabalhadores em função da pandemia [7].

Uma meta-análise [8] realizada com 40 estudos de todo o mundo indicou ansiedade, depressão, estresse e estresse pós-traumático como as condições de saúde mental relacionadas à COVID-19 mais prevalentes reportadas por cerca de três milhões de profissionais da saúde. Outras questões apontadas foram insônia, *burnout*, medo e fobia, transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas de somatização, abuso de substâncias e pensamentos suicidas. Aqui, destacou-se como fatores de risco: sexo feminino, profissão de enfermagem, idade mais jovem e atuar na linha de frente.

Além disso, um estudo de abordagem mista [7], que coletou relatos sobre a vivência de 126 trabalhadores da saúde no cenário pandêmico, evidenciou os sinais de desgaste mental e emocional dos participantes, a partir de discursos que traziam como termos centrais “tristeza”, “exaustão”, “cansaço”, “desesperança”, “dificuldade de planejar o futuro”, “preocupação”, entre outros. Além de uma abordagem pontual, um estudo qualitativo exploratório realizado com 75 enfermeiros em Brunei revelou um dinamismo do processo psicológico através do desenvolvimento da pandemia. Os achados destacaram mudanças emocionais antes, durante e após a pandemia, assemelhando-se a uma "montanha-russa" com sentimentos imprevisíveis, de ida e volta e oscilantes [9].

Esse cenário de desafios foi percebido agravado no Brasil, país com dimensões continentais em que este estudo foi desenvolvido. Em junho de 2020, estimativas já o destacavam como epicentro na América do Sul e segundo país (a nível de mundo) com maior número de casos e óbitos [10]. Sua magnitude territorial e populacional demandou quantitativo considerável de profissionais da saúde e exigiu estratégias dinâmicas, intensas e atualizadas [11]. Entretanto, a pandemia encontrou um contexto de grande vulnerabilidade e desigualdade social, condições precárias de habitação (com situação de aglomeração) e falta de acesso a saneamento básico [12]. Somando-se a isso, altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais aprofundaram perdas relevantes de direitos trabalhistas e previdenciários [10, 12], precarizando ainda mais a atuação dos profissionais da saúde. Além disso, o panorama incerto de dados epidemiológicos válidos e confiáveis instauraram recomendações contraditórias das autoridades e ausência da implantação efetiva de medidas de supressão [12]. Por fim, políticas econômicas implantadas pelo governo em atuação evidenciaram um crescente e

intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa, impactando diretamente no desenvolvimento de tecnologias, fomento à vacinação e defesa do sistema único de saúde [12].

A necessidade de ações voltadas à preservação da saúde mental desse público em caráter essencial, não só urgente, mas também permanente, foi apontada por instituições governamentais já no início da pandemia [13]. Porém, dados do *Health caRE wOrkErs Study (HEROES)*, um estudo da Organização Panamericana da Saúde [14] que avaliou o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais da saúde de 26 países, apontaram que apenas cerca de um terço dos participantes de algumas localidades realmente receberam suporte psicológico quando necessário. Assim, o relatório do estudo, publicado quase dois anos após o começo da COVID-19, destacou a urgência para o desenvolvimento de políticas e ações específicas de proteção à saúde mental desses trabalhadores.

Estratégias indicadas por especialistas para atenuação do sofrimento mental em situações de crise vivenciado pelos profissionais da saúde incluem suporte psicossocial individual e em grupo, espaços virtuais e presenciais de escuta qualificada e troca de experiências, apoio aos familiares, ações de treino/orientações, garantia dos direitos dos trabalhadores (como adequação dos equipamentos de proteção individual), entre outras [7, 8]. Além disso, a revisão de Cantor-Cruz et al. (2021) aponta para a necessidade de técnicas de autogestão emocional frente à crise desencadeada pela pandemia, com o intuito de mitigar os impactos psicossociais contextuais. Nesta gama de estratégia, os autores descrevem exercícios diários de respiração e atenção plena (*mindfulness*) antes e depois das atividades laborais [15].

Indo a este encontro, o presente estudo tem por objetivo analisar os efeitos de um programa de suporte emocional à essa população durante meses críticos da COVID-19. Utilizou-se uma abordagem digital e de baixo-custo, com exercícios autoaplicáveis inspirados nos princípios da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Materiais e Métodos

Este é um ensaio clínico randomizado (ECR) *crossover*, realizado entre novembro de 2020 e setembro de 2021. O protocolo foi registrado no Registro

Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC – número RBR-5c8pz5r) e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE número 31783120.7.0000.5404.

Participantes

O recrutamento para participantes foi realizado através de mídias sociais e divulgação da pesquisa para instituições de saúde. Foram incluídos profissionais da saúde de diversas áreas (enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional) que estavam ou não atuando na linha de frente do combate à COVID-19. Por se tratar de uma intervenção totalmente digital, os critérios de inclusão englobavam ter acesso ao aplicativo multiplataforma de mensagens *WhatsApp*[®] e à plataforma do *Google*[®] para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e resposta às avaliações periódicas. Foram excluídos inscritos que não atuavam em profissões da área da saúde. A randomização consistiu em dividir a amostra em dois grupos, A e B, de acordo com a ordem de inscrição.

Intervenção

Desenho do estudo

Este ECR foi dividido em três fases. Na primeira, o grupo A sofreu a intervenção e o grupo B comportou-se como controle, o qual se inscreveu na pesquisa, mas não recebeu atividades nesta etapa. Na fase 2, realizou-se *crossover* (cruzamento) e, por fim, a fase 3 foi caracterizado por novo cruzamento, resultando em repetição da fase 1 (Figura 1). O termo *washout* refere-se ao período em que o grupo, após a intervenção, manteve-se sem receber atividades do programa.

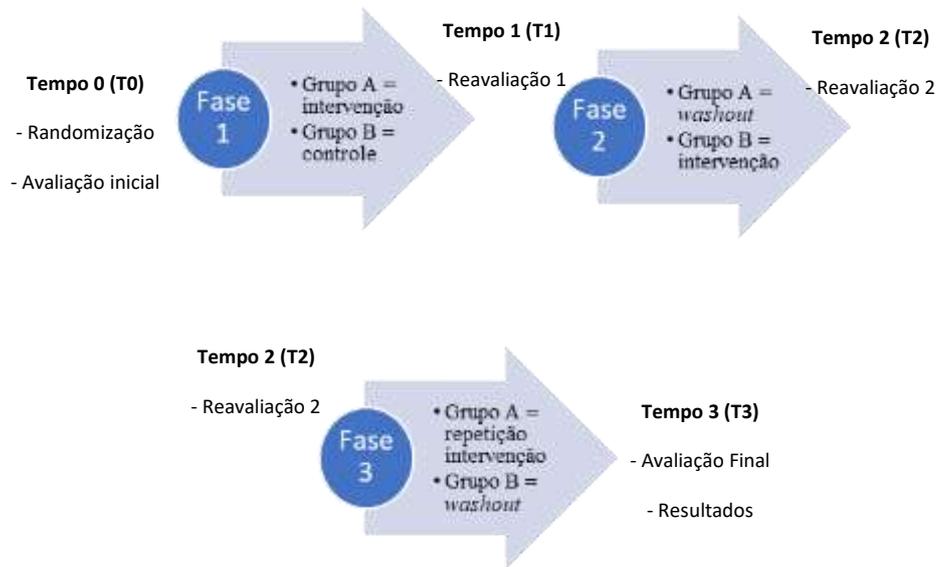


Figura 1. Fases do ensaio clínico randomizado para os grupos A e B.

Método Mandalas das Emoções®

O protocolo de intervenção deste estudo foi elaborado com base no método Mandalas das Emoções® (ME), que se inspira na MTC para oferecer ao praticante sensibilização e conscientização sobre as próprias emoções.

Considerando que a MTC apresenta uma estrutura teórica sistemática e integrativa, a autora e criadora do método concebe que o estado de saúde integral do indivíduo é determinado por uma relação de interdependência com o ambiente. Assim, refletir (de maneira sistematizada) sobre as próprias emoções oferece ampliação da visão sobre as respostas emocionais frente aos estímulos ambientais, proporcionando autoconhecimento, favorecendo a inteligência emocional e auxiliando no equilíbrio entre os aspectos mental, emocional e físico. Portanto, a prática constante do método ME tem o potencial de conscientizar sobre a própria atuação na sociedade, beneficiando a qualidade de vida no meio do convívio [16].

O método possui como base o reconhecimento das leis universais cíclicas da natureza, postuladas pela MTC, como as direções cardeais, os cinco elementos naturais e as estações do ano, representados respectivamente por uma cor. Além disso, também se inspira na teoria de polos opostos (Yin Yang) e em princípios que relacionam os órgãos vitais a cinco emoções básicas (Figura 2).

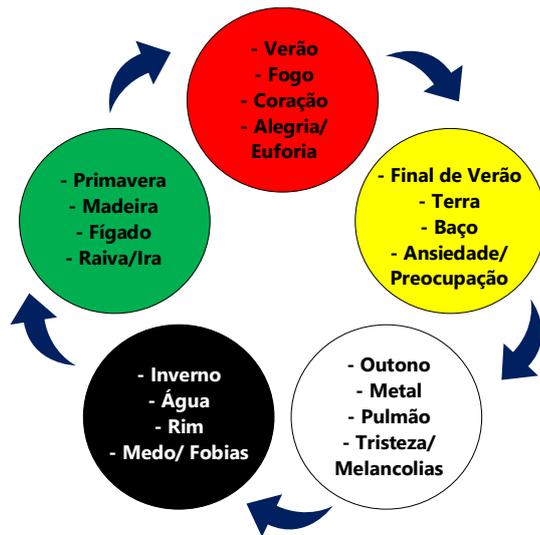


Figura 2. Ilustração das leis universais cíclicas da natureza postuladas pela MTC

A prática de sensibilização emocional proposta pelo método traduz-se pela montagem da mandala, um elemento gráfico formado por peças circulares unitárias, como pedras, discos de cartolina ou EVA, entre outros materiais. Para um conjunto completo, utiliza-se uma peça de cada nas seguintes cores: verde, vermelho, amarelo, branco e preto. Esta montagem, por sua vez, trata-se da configuração das peças em sequências pré-determinadas, acompanhada por um processo que inclui respiração profunda, mentalização sobre a emoção escolhida e associação desta com situações cotidianas presentes ou passadas. A criadora postulou cinco mandalas, correspondentes às cores supracitadas e, conseqüentemente, à gama de emoções específica a cada conjunto [16] (Figura 3).

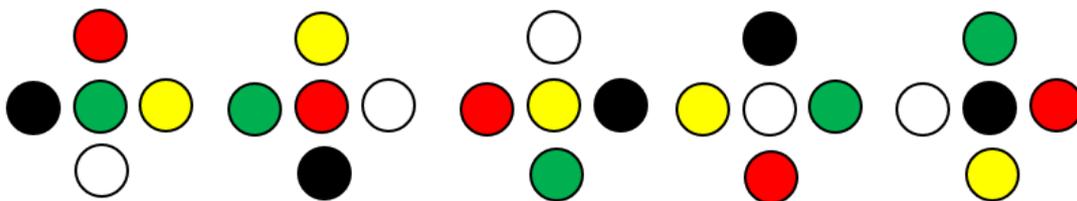


Figura 3. Imagens retratando as cinco mandalas, da esquerda para direita: verde, vermelha, amarela, branca e preta

Programa de atividades

O protocolo de intervenção deste estudo consistiu em um programa de atividades de suporte emocional de duas semanas. Totalmente digital, ele ofereceu aos participantes exercícios diários simples, rápidos e de fácil reprodução inspirados no método ME. Como preparação para o início das atividades, os participantes receberam um manual com explicações sobre o estudo, o método e sua prática. Mediante o início do programa, as tarefas foram enviadas de segunda à sexta-feira, pelo aplicativo *WhatsApp*[®], por meio de imagens, vídeos e textos explicativos contendo instruções (Figura 4).

O objetivo dos exercícios era proporcionar uma reflexão sobre emoções pré-determinadas, sendo o participante estimulado a perceber suas respostas emocionais ao cotidiano pandêmico, sensibilizando-se para a autogestão emocional. As práticas foram inspiradas no processo de montagem de mandalas pré-selecionadas pelos pesquisadores, sendo trabalhadas as emoções: abundância, estresse, motivação, angústia, medo e gratidão. Além disso, este foi um protocolo de baixo custo, sendo os participantes instruídos sobre os materiais de fácil acesso necessários para confecção das peças – como EVA, cartolina, papel colorido/pintado, molde impresso, entre outros.

Bom dia!

Chegou a hora de configurar (montar) a **Mandala Verde** para o **ESTRESSE**:

 Escolha o lugar, posição e superfície, concentre-se e configure a Mandala Verde de acordo com o vídeo abaixo.

 A prática da configuração/montagem segue os mesmos passos apresentados na Mandala Amarela. Não se esqueça da importância desse processo e da sequência. Além disso, procure sempre respirar fundo e mentalizar o **ESTRESSE** enquanto coloca cada peça.

 Após terminar a configuração da mandala, feche os olhos e reflita durante 10 respirações lentas profundas, buscando deixar seu pensamento fluir e entender sua relação com o **ESTRESSE**.

 Hoje é o último dia de contato com a Mandala Verde. Então, aproveite para reforçar a reflexão sobre como o **ESTRESSE** está presente no seu dia-a-dia e se tem relação com a Covid-19 e/ou sua rotina de trabalho.

Figura 4. Exemplificação das orientações em texto, com descrição do exercício diário, enviadas aos participantes durante a intervenção

Instrumentos de avaliação

Para coletar os dados e avaliar os resultados dessa intervenção, foram aplicados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico para caracterização da amostra; entrevista semiestruturada com perguntas relacionadas à autopercepção de saúde mental e dos resultados da intervenção; e os questionários padronizados de saúde mental Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e de qualidade de vida SF-36 - Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. Todos foram autoaplicados digitalmente, sendo disponibilizados pela plataforma de formulários da Google®. As avaliações foram realizadas quatro vezes ao longo do estudo: antes de iniciar a intervenção (tempo T0) e após cada fase (tempos T1, T2 e T3).

O PHQ-9 constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença dos sintomas humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas – alertas para quadros de depressão. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3, que correspondem às frequências "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário inclui, ainda, uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. O escore global do instrumento se dá pela soma da pontuação em cada questão e o resultado final demonstra o risco para ou gravidade do quadro depressivo. A pontuação é alocada dentro de uma das seguintes possíveis categorias: 0 a 4 pontos – sem depressão; 5 a 9 pontos – transtorno depressivo leve; 10 a 14 pontos – transtorno depressivo moderado; 15 a 19 pontos – transtorno depressivo moderadamente grave; 20 a 27 pontos – transtorno depressivo grave [17].

O questionário de qualidade de vida SF-36, por sua vez, é um instrumento de avaliação padronizado que tem por objetivo avaliar a percepção subjetiva do estado de saúde. Ele é composto por 36 questões que avaliam tanto aspectos positivos quanto negativos de saúde, sendo dividido em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação para cada domínio varia de 0 a

100, onde 0 equivale ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado geral de saúde [18].

Análise dos dados

Foi realizada análise estatística descritiva para caracterização e diferenciação dos grupos da amostra, juntamente com o teste exato de Fischer para verificação da homogeneidade de distribuição. Para comparação entre e intragrupos após as fases da intervenção, foi conduzida análise estatística inferencial com auxílio do software *IBM SPSS Statistics 22*, sendo utilizado teste de hipóteses paramétrico (ANOVA para medidas repetidas com ajuste para diversas comparações de *Sidak*).

Resultados

Participantes

Entre outubro de 2020 e julho de 2021, 118 profissionais da saúde demonstraram interesse em participar desta pesquisa, sendo 84 elegíveis para randomização. Entre novembro de 2020 e setembro de 2021, 53 profissionais completaram o estudo, divididos em grupo A (n=23) e grupo B (n=30; Figura 5).



Figura 5. Perfil da amostra de acordo com o *flow diagram* do CONSORT. Recrutamento e randomização dos participantes em grupo A e B.

As características sociodemográficas se apresentaram equilibradas entre os grupos (Tabela 1). Ambos apresentaram maioria feminina de integrantes (nA=22, 95,6%; nB=30, 100%), com idade média de 37,96 anos para o grupo A (dp=9,68) e 40,70 anos para o B (dp=10,68). No entanto, há uma heterogeneidade significativa quanto à distribuição de profissões entre os grupos encontrada pelo teste exato de Fischer ($X^2_{(7)} = 15,696$; $p < 0,05$). No grupo A, a maioria dos profissionais foi de enfermeiros (11; 47,8%); enquanto no grupo B, participaram mais psicólogos (12; 40%). A maior parte da amostra possuía pós-graduação (nA=13, 56,5%; nB=22, 73,3%) e atuava na linha de frente do combate à COVID-19 no período do estudo (nA= 13, 56,5%; nB=18, 60%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos grupos A e B

N = 53		
Sexo	nA (%)	nB (%)
Feminino	22 (95,6%)	30 (100%)
Masculino	1 (4,4%)	0 (0%)
Idade (média ± dp)	37,96 ± 9,68	40,70 ± 10,68
Profissão		
Enfermeiro(a)	11 (47,8%)	9 (30%)
Farmacêutico (a)	2 (8,7%)	0 (0%)
Fisioterapeuta	1 (4,4%)	4 (13,4%)
Médico(a)	4 (17,4%)	1 (3,3%)
Nutricionista	0 (0%)	1 (3,3%)
Psicólogo(a)	1 (4,3%)	12 (40%)
Técnico(a) em Enfermagem	2 (8,7%)	2 (6,7%)
Terapeuta Ocupacional	2 (8,7%)	1 (3,3%)
Estado civil		
Solteiro(a)	11 (47,8%)	5 (16,7%)
Casado(a)	8 (34,8%)	17 (56,7%)
Divorciado(a)	3 (13,1%)	6 (20%)
Outro	1 (4,3%)	2 (6,6%)
UF Residência		
Alagoas	0 (0%)	1 (3,3%)
Bahia	1 (4,3%)	0 (0%)
Minas Gerais	0 (0%)	2 (6,7%)
Paraná	5 (21,8%)	8 (26,6%)
Rio Grande do Sul	0 (0%)	2 (6,7%)
São Paulo	17 (73,9%)	17 (56,7%)
Religião		
Católica	9 (39,1%)	16 (53,3%)

Evangélica	4 (17,4%)	3 (10%)
Sem religião	3 (13,1%)	5 (16,7%)
Outras	7 (30,4%)	6 (20%)
Nível de instrução		
Ensino técnico	1 (4,3%)	2 (6,7%)
Ensino superior	9 (39,1%)	6 (20%)
Pós-graduação	13 (56,5%)	22 (73,3%)
Atua na linha de frente?		
Sim	13 (56,5%)	18 (60%)
Não	10 (43,5%)	12 (40%)

Saúde mental: PHQ-9

A análise estatística dos escores do questionário *PHQ-9* evidenciou, para ambos os grupos, diferenças significativas entre a média das pontuações inicial (T0) e final (T3) [A: $Z(2.38, 52.42) = 6.590$; $p < 0.05$], [B: $Z(1.72, 49.78) = 6.900$; $p < 0.05$]. Porém, nos períodos logo após a intervenção, não foi encontrada alteração significativa, apesar de ser notada, para os dois grupos, uma tendência de melhora nos escores (diminuição, de acordo com o instrumento) ao longo das fases do programa (Figura 6).

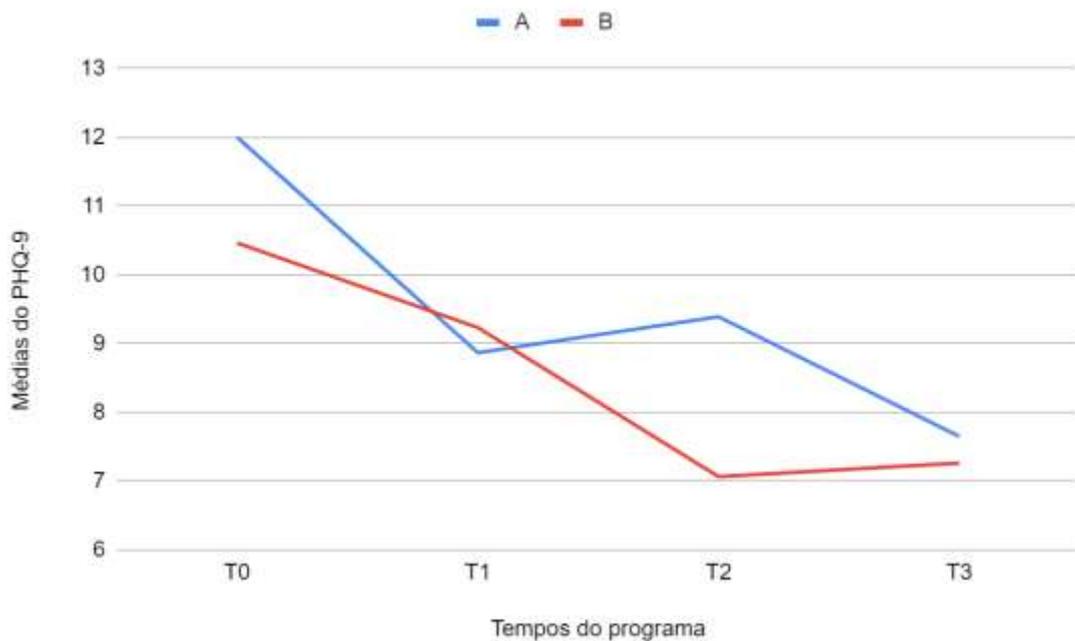


Figura 6. Mudanças nas médias dos escores do *PHQ-9*, para os grupos A e B, ao longo dos tempos do programa.

Além disso, considerando a categorização de risco para quadros depressivos proposta pela avaliação, foi possível perceber que ambos os grupos apresentaram discreta alteração de categoria quando comparados T0 e T3. Os grupos iniciaram com médias de escores pertencentes à classificação de “transtorno depressivo moderado” (A=12; B=10,47) e finalizaram o estudo alocados à subcategoria “transtorno depressivo leve” (A=7,65; B=7,27).

Qualidade de vida: SF-36

Para o grupo A, a análise estatística ratificou diferenças significativas no primeiro tempo logo após a intervenção (T1) para os domínios “aspectos emocionais” [$Z(3, 66) = 4.007$; $p < 0.05$] e “vitalidade” [$Z(3, 66) = 5.987$; $p < 0,05$]. Não foram encontradas alterações nos demais domínios e após a repetição da intervenção para este grupo (T3). Além disso, estas mesmas categorias também apresentaram diferenças significativas quando comparados o início (T0) e o fim (T3) do estudo (Figura 7).

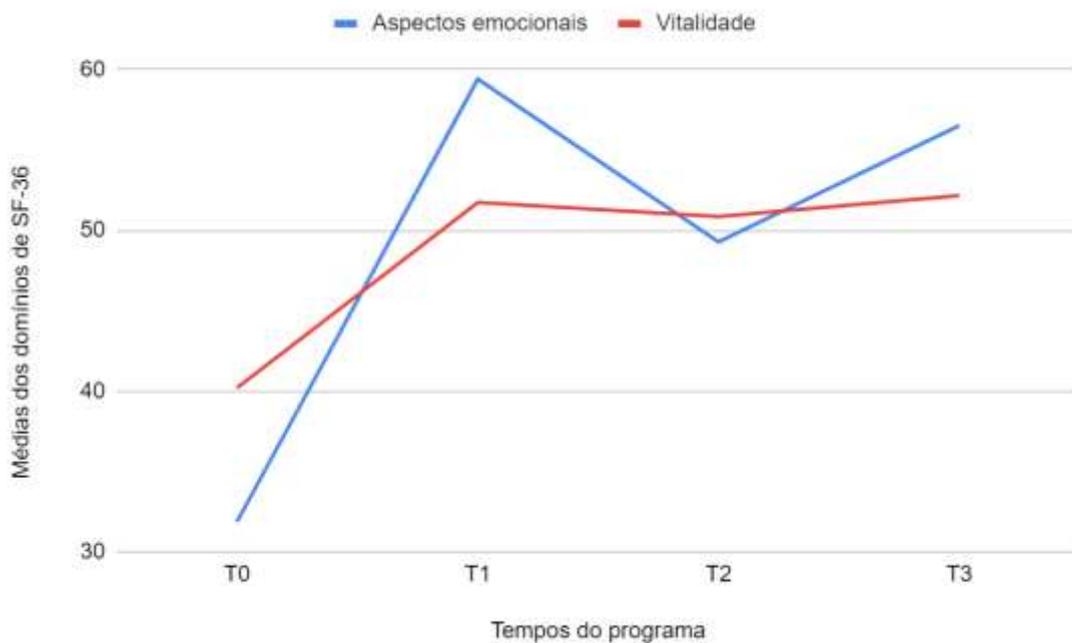


Figura 7. Mudanças nas médias dos domínios “aspectos emocionais” e “vitalidade”, do instrumento SF-36, para o grupo A

Para o grupo B, logo após a intervenção (T2) foi encontrada alteração estatística significativa nos escores dos domínios “vitalidade” [$Z(2.173; 63.027) = 8.907; p < 0.05$], “dor” [$Z(2,391; 69.342) = 11.628; p < 0.05$] e “aspectos sociais” [$Z(2.342; 67.910) = 7.899; p < 0.05$]. Estas categorias também apresentaram diferenças significativas quando comparados o início (T0) e o fim (T3) do estudo, juntamente com o domínio “saúde mental” [$Z(2.083; 60.405) = 7.688; p < 0.05$] (Figura 8). Não foram encontradas alterações significativas nos demais domínios.

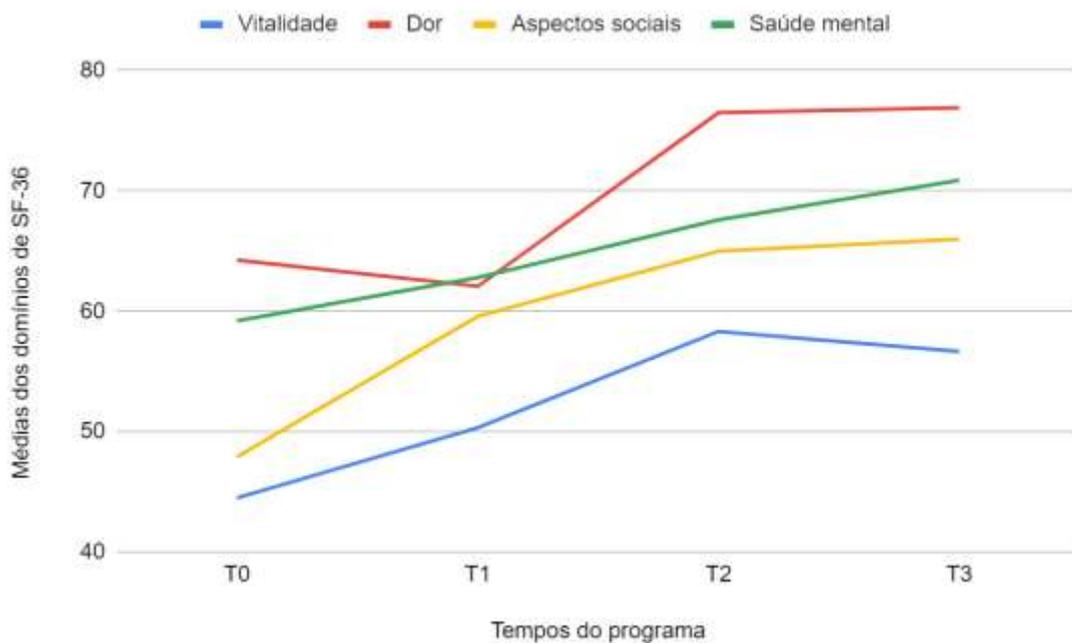


Figura 8. Mudanças nas médias dos domínios “vitalidade”, “dor”, “aspectos sociais” e “saúde mental”, do instrumento *SF-36*, para o grupo A

Discussão

Os resultados deste estudo indicaram uma tendência de melhora nos aspectos relacionados à saúde mental dos participantes. Esse fato foi evidenciado pela diminuição progressiva dos escores do *PHQ-9* e pelo aumento dos escores do *SF-36* para domínios relacionados à saúde emocional (“vitalidade”, “aspectos emocionais”, “dor” e “saúde mental”). Além disso, os gráficos de distribuição das médias ao longo dos tempos do programa, especialmente no grupo A, demonstram um padrão de dependência temporal, sugerindo que as melhorias encontradas estão diretamente relacionadas às fases de intervenção. Esses achados estão de acordo com o estudo de Spagnol [19], no qual 68% do grupo intervenção relatou alterações corporais e mentais, relacionadas principalmente ao relaxamento e bem-estar, após uma prática de cinco minutos com ME.

Um elemento que merece destaque é a vitalidade, domínio do questionário de qualidade de vida *SF-36* que apresentou melhoras significativas para os dois grupos tanto relacionadas à intervenção como progressivamente durante o programa de atividades. Derivada do latim *vitalitate*, cujo significado é vida [20], a vitalidade se refere a uma dimensão positiva da saúde, compreendendo um

afeto que indica a experiência de se sentir vivo [21]. Tida como um constructo subjetivo, este amplo conceito diz respeito a uma experiência física e psicológica [22], representando um importante indicador de bem-estar [23]. Por fim, estudos correlacionam que essa variável a aspectos como autorrealização, autoestima [22] e satisfação com a vida [23].

Para a escala, os itens que caracterizam a categoria “vitalidade” estão associados às sensações de energia plena, cansaço e esgotamento [18]. Em paralelo, o instrumento *PHQ-9* também possui perguntas ligadas às sensações de desânimo, cansaço ou falta de energia e letargia [17]. Dessa forma, é possível compreender que o aspecto da vitalidade compõe a abrangente saúde mental e está diretamente relacionada ao bem-estar emocional, o que pode justificar os impactos positivos da presente intervenção nesse domínio.

Outro potencial do suporte emocional oferecido neste estudo é sua característica de baixo-custo. Considerando a quinta onda de desenvolvimento da pandemia explorada introdutoriamente [3], que desvela anos de impactos psicossociais e econômicos, ações de suporte à saúde mental como um todo que sejam de amplo alcance e demandem baixo-custo para implementação podem se apresentar interessantes para equipamentos de gestão de saúde.

Em contrapartida, o caráter autoaplicável das práticas de sensibilização emocional pode, por um lado, ser um ponto forte, dada a autonomia de reprodução em qualquer horário, ambiente e contexto, a acessibilidade dos materiais necessários e a rapidez com que as atividades são executadas. Por outro lado, pode ser um desafio garantir engajamento e constância na realização dos exercícios, o que é essencial para o alcance de resultados.

Limitações

Uma das limitações encontradas neste estudo foi a curta duração do programa de atividades (duas semanas). Levando em conta algumas alterações que se apresentaram sutis, tem-se a hipótese de que um protocolo mais longo com amostras maiores possa evidenciar resultados mais consistentes. Todavia, é importante citar que a repetição da intervenção sofrida pelo grupo A não demonstrou efeito cumulativo (ou seja, não foram encontradas mudanças significativas para este grupo entre as fases T2 e T3), sugerindo que, a nível de sensibilização, um

programa contendo mais semanas e uma variedade maior de emoções possa ser mais eficaz do que a repetição. Porém, não se exclui o fato de que, seguindo na direção do desenvolvimento robusto de gestão emocional, revisitar as mesmas emoções por diversas vezes é de suma importância para o autoconhecimento.

Por fim, não se pode negligenciar a heterogeneidade na constituição profissional dos grupos, visto que o A foi mais composto por enfermeiros e o B, por psicólogos. Esse aspecto pode ter influência direta sobre os resultados, considerando os atributos intrínsecos a cada profissão não só quanto à base teórico-prática, mas também no tocante às características laborais de atuação no contexto pandêmico e aos mecanismos de enfrentamento adotados.

Conclusão

Este estudo clínico apresentou um programa de suporte emocional que tem potencial como uma ferramenta de assistência de baixo-custo, alta abrangência e fácil reprodução. O impacto positivo de ME em aspectos relacionados à saúde mental evidencia a possível contribuição de abordagens nele inspiradas, especialmente na sensibilização para manejo emocional e autoconhecimento – desvelando-se como uma estratégia de enfrentamento das dificuldades de saúde mental desencadeadas pela pandemia a curto e longo prazo.

É inegável e urgente a necessidade de serem desenvolvidas ações que ofereçam suporte emocional aos profissionais da saúde. A quinta onda do desenvolvimento natural da COVID-19 prevê que seus impactos na saúde mental se arrastem por anos; então, o apoio psicossocial a essa população não pode permanecer escasso como em períodos anteriores à pandemia – pelo contrário, deve-se intensificar.

Referências

1. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>; 2021 [acessado em 11 de setembro de 2022].
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data; 2020 [acessado em 7 de dezembro de 2021].

3. Kohli P, Virani SS. Surfing the waves of the COVID-19 pandemic as a cardiovascular clinician. *Circulation* 2020, 142(2): 98-100.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047901>
4. Shmerling H. R. What's it like to be a healthcare worker in a pandemic? Disponível em: <https://www.health.harvard.edu/blog/whats-it-like-to-be-a-healthcare-worker-in-a-pandemic-2020040819485>; 2020 [acessado em 11 de setembro de 2022].
5. Fottrell Q. Nurses are wearing garbage bags as they battle coronavirus: 'It's like something out of the Twilight Zone. Disponível em: <https://www.marketwatch.com/story/nurse-at-brooklyn-hospital-on-coronavirusprotective-clothing-its-a-garbage-bag-its-like-something-out-of-the-twilightzone-2020-04-07>; 2020 [acessado em 11 de setembro de 2022].
6. World Health Organization. Coronavirus disease (Covid-19) outbreak: Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331510/WHO-2019-nCov-HCWadvice-2020.2-eng.pdf>; 2020. [acessado em 11 de setembro de 2022].
7. Ribeiro BC, Giongo CR, Perez KV. "We are not machines!": Mental Health of Health Workers in the context of the covid-19 pandemic. *Politics & Society* 2021; 20(48): 78–100.
8. Chutiyami M et al. COVID-19 Pandemic and Overall Mental Health of Healthcare Professionals Globally: A Meta-Review of Systematic Reviews. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12: 804525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.804525>
9. Maideen AA et al. Nurses' mental health and coping strategies throughout COVID-19 outbreak: A nationwide qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 2022; 31: 1213-1227. <https://doi.org/10.1111/inm.13031>
10. SANTOS, K. O. B. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 12, 2020.
11. DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200203, 8 jan. 2021.
12. Werneck, G. L.; Carvalho, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, 2020.

13. Brazil. National Health Council. Technical Opinion No. 128/2020. Physical and Psychological Protection of Health Workers in Coping with the COVID-19 Pandemic, 2020; Brasilia: Ministry of Health.
14. Pan American Health Organization. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) REGIONAL REPORT OF LAS AMERICAS. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y., 2022, [acessado em 11 de setembro de 2022].
15. Cantor-Cruz F et al. Mental health care of health workers during Covid-19: Recommendations based on evidence and expert consensus. *Rev Colomb Psiquiatr (English Ed.)*. 2021;50(3):225–231.
16. Ling LH. *Mandalas of Emotions: Social Awareness*. Campinas: ADCiência Scientific Dissemination; 2020.
17. Santos IS et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults in the general population. *Cadernos de Saude Publica* 2013; 29(8): 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
18. Ware, Jr., J. E., & Gandek, B. The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health* 1994; 23(2): 49–73. <https://www.jstor.org/stable/41344687>
19. Spagnol GS. *Study, expression and coping with emotions of patients with epilepsy and their caregivers [thesis]*. Campinas: University of Campinas; 2020.
20. Maria K, Menezes G, Helena M, Frota DP. Leisure as an expression of vitality in old age: the experience of a center of coexistence of the elderly in Fortaleza - CE. *Brazilian Journal of Emotional Sociology* 2012; 11(32): 486–502.
21. Paschoal T, Tamayo A. Construction and Validation of the Work Well-Being Scale. *Psychological Assessment* 2008; 7(1): 11–22. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt&nrm=is&tlng=en
22. Ryan RM, Frederick C. Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality* 1997; 65: 28–31. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x>

23. John LH. Subjective well-being in a multicultural urban population: Structural, and multivariate analyses of the Ontario Health Survey well-being scale. *Social Indicators Research* 2004; 68(1): 107–126.

5. DISCUSSÃO GERAL

Conforme evidenciado nas sessões anteriores, os resultados deste estudo (especialmente no que tange à revisão de escopo) corroboram três aspectos da saúde mental dos profissionais da saúde: (I) a histórica precarização das profissões da área, enquadrando-as em uma situação de vulnerabilidade psicossocial; (II) a magnitude dos impactos da COVID-19 na saúde mental dessa população, em uma dinâmica de extravasamento e colapso; e (III) os efeitos psicossociais da pandemia a longo prazo. Dessa forma, a necessidade de cuidado à saúde mental desses profissionais é inquestionável desde antes de 2020 – quadro que foi apenas gravemente agravado pela COVID-19.

O que se percebe, então, é que a relação entre trabalho, saúde mental e profissões da saúde há muito apresenta desafios e demanda discussões e ações por parte de diversas instâncias sociais – desde camadas micro, compostas pelos trabalhadores e instituições, até camadas macro, de caráter governamental. Transitando pelas camadas, pode-se destacar a importância da interlocução científica com tal cenário, fomentando uma prática baseada em evidências (inclusive na elaboração de políticas públicas).

Ainda, quanto às considerações sobre trabalho e saúde mental, a pandemia de fato agravou um panorama que, na régua da ambivalência, coloca os trabalhadores em posição de risco ao adoecimento mental. Então, o trabalho aqui se mostrou gerador de sofrimento, não só pelas características inerentes à natureza da área da saúde, mas especialmente pela desvalorização relacionada à organização do trabalho - caracterizada por fatores inerentes à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, as responsabilidades, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e as relações de poder.¹² Ou seja, se antes da pandemia já existia a demanda de transformação nos aspectos relacionais, institucionais e governamentais, a COVID-19 instaurou uma situação de crise, exigindo ações de minimização dos danos – na maioria das vezes, direcionadas ao profissional.

Neste sentido, resgata-se novamente o guia sobre saúde mental no trabalho desenvolvido pela OMS,¹⁴ que oferece recomendações baseadas em evidências sobre intervenções de prevenção, proteção, promoção e suporte à saúde mental dos trabalhadores. Em suma, o documento descreve estratégias voltadas a três grandes

áreas: institucional, treinamento de gestores e trabalhadores, e individual. Institucionalmente, são recomendadas ações voltadas ao ambiente e às condições de trabalho, com foco em mitigar ou remover riscos psicossociais a ele relacionados. As intervenções de treinamento, por sua vez, devem buscar acessar o letramento em saúde e aspectos relacionais, principalmente ligados às dinâmicas coletivas e hierárquicas. Nesse ponto, apesar de o guia não explicitar dessa forma, entende-se que esses dois primeiros níveis também oportunizam estratégias voltadas à organização do trabalho. Por fim, as ações individuais são descritas como diretamente oferecidas ao e completadas pelo trabalhador, com ou sem orientação. Portanto, elas incluem intervenções psicossociais (como psicoterapia) e atividades físicas de lazer.

Dessa maneira, e retomando a proposição de Rose¹⁹ quanto às intervenções de alto risco em saúde pública, percebe-se que os meses iniciais da pandemia elicitaram estratégias de emergência para contenção de impactos maiores (o que foi inclusive corroborado pela revisão de escopo). Para tanto, evidenciaram-se ações direcionadas aos trabalhadores, como disponibilização de equipes de cuidado em saúde mental *in loco* ou via teleatendimento, salas de relaxamento e despressurização, aplicativos de apoio psicossocial em caráter informativo, terapias como de Dessensibilização e Reprocessamento do Movimento Ocular e musicoterapia receptiva, e o uso de farmacêuticos como o canabidiol. Além disso, deve-se destacar as estratégias de suporte em pares / grupos, com espaços de discussão, acolhimento e identificação coletivos.

Ou seja, dada a impossibilidade de se retirar os estressores relacionados à COVID-19, como risco de contágio e aumento nas demandas de trabalho (devido às altas taxas de internamento), os impactos psicossociais foram acessados em caráter de redução de danos. Além disso, lacunas estruturais a níveis organizacional e governamental pré-existent agravaram a dificuldade na elaboração de intervenções que não fossem apenas direcionadas aos trabalhadores.

Inclusive, o ensaio clínico randomizado descrito neste estudo também se constitui enquanto uma estratégia de suporte à saúde mental individual, ao oferecer aos participantes um espaço de reflexões sobre suas respostas emocionais no enfrentamento das situações laborais. Neste sentido, dois aspectos são reforçados: em primeiro lugar, a intenção deste estudo não é tecer uma crítica às estratégias

individuais, mas sim compreendê-las enquanto necessárias dentro do conjunto mais amplo de intervenções essenciais à proteção, promoção e suporte emocionais aos trabalhadores. Em segundo, este manuscrito ainda destaca o caráter de crise do período sócio-histórico e sanitário estudado, que não só desvela problemáticas estruturais e culturais de larga escala – cuja demanda por ações se faz igualmente robusta e dilatada –, mas também compreende a necessidade de redução de danos.

Destarte, reassumindo o ensaio clínico randomizado, percebe-se uma inconclusividade quanto à eficácia da intervenção proposta, com resultados estatísticos apontando para uma tendência de melhora nos domínios avaliados. Isto é, o potencial do programa de suporte emocional não é descartado, mas a complexidade do contexto pode auxiliar a explicar a necessidade de estudos futuros mais longos e com populações amostrais maiores. Além disso, outra sugestão é investigar a associação da intervenção enquanto complementar a estratégias de cunho institucional e coletivo.

Assim, este projeto de mestrado se apresenta enquanto recorte de um cenário abrangente e certamente complexo, envolvendo uma situação de emergência causada pela COVID-19 e intensificada por inconsistências pré-existentes no tocante à relação entre trabalho, saúde mental e profissões da saúde. Por isso, este estudo compreende a importância de se continuar tratando do tema com muita atenção, especialmente neste período pós-emergencial, em que o *continuum* no cuidado à saúde mental dos profissionais da saúde requer medidas que contemplem das três grandes áreas propostas pela OMS e reiteradas por especialistas da saúde do trabalhador.

6. CONCLUSÃO

Este estudo, no desenvolvimento de seus dois produtos enquanto resultados, evidenciou a urgente necessidade de suporte à saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia, em caráter de curto prazo, e após a pandemia, concebendo os impactos emocionais que perdurarão a longo prazo.

Neste sentido, as evidências reunidas na revisão de escopo demonstraram que o cuidado voltado a essa população no primeiro ano de pandemia considerou intervenções como linhas de atendimento, ambientes de despressurização, terapias rápidas ou auto aplicadas e atendimento psicossocial individual ou em grupo, presencial ou teleguiado. Porém, apesar das limitações explicitadas, a revisão concluiu uma escassez de apoio aos profissionais, corroborando a necessidade de ações como a proposta pelo ensaio clínico randomizado.

Este, então, avaliou a eficácia do programa de suporte emocional oferecido, percebendo seu potencial como uma ferramenta de assistência de baixo-custo, alta abrangência e fácil reprodução. Entretanto, destaca-se a importância de estudos futuros investigarem o protocolo por períodos e com amostras maiores, além de entender sua associação a intervenções oferecidas em outros níveis.

Para além, a redação deste manuscrito permitiu um aprofundamento sobre o tema, com o resgate de reflexões acerca da relação entre trabalho, saúde mental e profissões da saúde – com abertura para discussões sobre o período pré-pandêmico e sua influência no contexto analisado. Isto conferiu a maior robustez que uma temática complexa e dinâmica demanda. Dessa forma, este estudo se debruçou sobre os pormenores que atravessam o cenário, buscando compreendê-lo com aproximação à sua integralidade.

7. REFERÊNCIAS

1. Amerio A, Odone A, Aguglia A, Gianfredi V, Bellini L, Bucci D, et al. La casa de papel: A pandemic in a pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Dec;277:53–4.
2. Kohli P, Virani SS. Surfing the Waves of the COVID-19 Pandemic as a Cardiovascular Clinician. *Circulation*. 2020 Jul 14;142(2):98–100.
3. Silva TNR da, Wijk LB van, Dutra R da SR, Oliveira TP, Lancman S. Terapia Ocupacional nos tempos da COVID-19: desafios para o cuidado aos trabalhadores do contexto hospitalar. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2020 Dec 20;31(1-3):i–iv.
4. Barroso BI de L, Souza MBCA de, Bregalda MM, Lancman S, Costa VBB da, Barroso BI de L, et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2020;28(3):1093–102.
5. Fukuti P, Uchôa CLM, Mazzoco MF, Corchs F, Kamitsuji CS, Rossi LD, et al. How Institutions Can Protect the Mental Health and Psychosocial Well-Being of Their Healthcare Workers in the Current COVID-19 Pandemic. *Clinics*. 2020;75.
6. Areosa J. O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*. 2019 Dec;(Volume 15 No2).
7. Mendes Gonçalves R. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Portuguese. 2008 Apr 30.
8. Merhy E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Portuguese [Internet]. 2008.
9. Codo, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: Tamayo A, Borges-Andrade JE, Codo W, organizadores. Trabalho, organizações e cultura (Coletâneas da Anpepp no. 11, páginas 7-18). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia; 1996.
10. Martins SP. A Terceirização e o Direito do Trabalho. 5ª edição. Editora Atlas; 2001.
11. Dejours C. POR UM NOVO CONCEITO DE SAÚDE. Palestra proferida na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1986;14(54).

12. Dejours C. Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. In: Clot Y, organizador. Les Histoires de la Psychologie du Travail. Approche pluri-disciplinaire. Toulouse: Octares Éditions; 1999. p. 195-219.
13. World Health Organization, International Labour Organization. Mental health at work: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2022.
14. WHO guidelines on mental health at work [Internet]. PubMed. Geneva: World Health Organization; 2022.
15. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2021 Jan 8;25:e200203.
16. Areosa J. Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho. Revista Katálysis. 2021 Aug;24(2):321–30.
17. Da Silva IC, Nascimento JPB, Moraes AFO. Relações de Trabalho, Subjetividade e Objetividade: uma reflexão teórica acerca dessas três instâncias no contexto organizacional. In: SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2009.
18. Esperidião E, Saidel MGB, Rodrigues J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020 Jun 1;73
19. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford/New York: Oxford University Press; 1992.
20. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cadernos de Saúde Pública. 2020;36(5).

8. APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gestão das Emoções na Covid-19

Pesquisadores: Mariana Nicole [Cassola Theobald](#), Dr. Li Li Min, Li Hui Ling, Dra. Silvia Elaine Ferreira-Melo

CAAE: [31783120.7.0000.5404](#)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo clínico. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O objetivo geral deste estudo é avaliar os efeitos de um programa de atividades inspirado no Método [Mandalas das Emoções](#)® sobre os impactos negativos da [Covid-19](#) na saúde mental de profissionais da saúde. Especificamente, também objetiva-se [Objetiva-se](#) também avaliar os efeitos do programa junto à saúde mental de profissionais da área da saúde durante a [Covid-19](#), especialmente nos aspectos depressão e qualidade de vida.

Procedimentos:

Esse estudo terá a duração de 4 semanas, iniciando em agosto de 2020. Será realizado através do aplicativo multiplataforma de mensagem [WhatsApp](#). Os objetivos serão alcançados a partir da utilização do Método [Mandalas das Emoções](#)®, método de gestão das emoções integrativo inspirado nos conceitos da Medicina Tradicional Chinesa ([M.T.C.](#)). Ele tem por objetivo auxiliar as pessoas no entendimento das próprias reações emocionais, resultantes das interações com as circunstâncias ambientais.

De forma resumida, ele é um processo composto pela montagem da [Mandala](#), tomando-se uma ferramenta que promove a autorreflexão e facilita a interiorização da relação com as próprias emoções. A partir da montagem, são oferecidas ao indivíduo experiências de autoconhecimento emocional, possibilitando-o tomar-se mais consciente e responsável pela própria atuação no meio. Esta compreensão, por fim, é capaz de promover o equilíbrio entre as esferas física, emocional e mental do sujeito, proporcionando um convívio cada vez mais harmonioso com o seu entorno.

Os materiais utilizados para a montagem servem como instrumento para facilitar o diálogo com as próprias emoções, podendo ser discos de [E.V.A.](#) de cartolina, etiquetas ou pedras nas cores verde, vermelha, amarela, branca e preta (a escolha do material de confecção dos discos fica à escolha do participante, sendo respeitada o que for mais acessível e com menor custo). Cada cor corresponde a uma gama de emoções, sendo cada [Mandala](#) acompanhada por uma autorreflexão sobre o sentimento proposto. Para um entendimento melhor, recomendamos que assista a [Webinário Mandalas das Emoções](#)® para gestão das emoções, que está disponível no canal Doutor Li no [Youtube](#): <https://youtu.be/WVYCnD2EPfk>.

Rubrica do voluntário ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Data: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gestão das Emoções na Covid-19

Pesquisadores: Mariana Nicole [Cassola Theobald](#), Dr. Li Li Min, Li Hui Ling, Dra. Silvia Elaine Ferreira-Melo

CAAE: [31783120.7.0000.5404](#)

Este estudo constará de duas etapas:

Etapa I – após divulgação e inscrição, será realizada a separação aleatória da amostra em dois grupos: G1 – Grupo Controle e G2 – Grupo Intervenção. A intervenção começará com o G2 e acontecerá durante 2 semanas;

Fase II – em seguida, será realizada a intervenção com G1 por novo período de 2 semanas (sendo G2 convidado para continuar a experiência caso queira).

Portanto, após coleta de inscrições via formulário do Google, os inscritos serão incluídos em uma lista (*mailing list*) do aplicativo [WhatsApp](#). As atividades serão enviadas diariamente, de segunda a sexta-feira, às 9 horas da manhã (com possibilidade de reajuste caso necessário). Todas as atividades serão inspiradas no Método [Mandalas das Emoções](#)[®] e serão compostas por imagens, vídeos e textos contendo as tarefas a serem realizadas e curtas explicações teóricas; sendo de fácil reprodução pelos participantes, além de serem devidamente esclarecidas a cada envio. As tarefas serão basicamente: olhar para fotos e vídeos e refletir sobre a emoção escolhida para aquela semana; montar a [Mandala](#) correspondente; anotar e responder perguntas simples em caderno/meio digital e responder questionários. Cada atividade leva cerca de 5 minutos para ser realizada, podendo ser repetida ao longo do dia caso o participante tenha interesse. Além disso, a equipe de pesquisadores estará inteiramente à disposição para o esclarecimento de dúvidas. Não será obrigatório responder às mensagens.

O público-alvo deste projeto é descrito por profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e fonoaudiólogos) que estão trabalhando na linha de frente no combate ao [coronavírus da macro região](#) do município de Campinas - SP, conhecida como Grande Campinas. Como pré-requisitos para a participação, além de ser profissional da área da saúde, o interessado deve ter idade a partir de 18 anos, apresentar vontade de integrar o estudo, com a intenção de lidar com seus sentimentos e emoções durante a pandemia e ter acesso às tecnologias utilizadas neste estudo ([WhatsApp](#) e plataforma Google) – além de disponibilidade para participar de todas as avaliações propostas e descritas neste documento.

Os participantes do estudo passarão por avaliações referentes à eficácia do projeto na proposição de cuidado em saúde mental durante a pandemia. Estas avaliações serão constituídas de 3 questionários digitais enviados no início, meio e final das 4 semanas; do questionário de qualidade de vida SF-36 - [Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey](#); e do [Patient Health Questionnaire-9 \(PHQ-9\)](#) (ambos autoaplicados de forma digital), sendo de suma importância respondê-los. Para responder às avaliações, o participante levará, no máximo, 30 minutos.

Rubrica do voluntário ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Data: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gestão das Emoções na Covid-19

Pesquisadores: Mariana Nicole Cassola Theobald, Dr. Li Li Min, Li Hui Ling, Dra. Silvia Elaine Ferreira-Melo
 CAAE: 31783120.7.0000.5404

Desconfortos e riscos:

Informamos que os riscos são mínimos. Durante a execução das atividades, você pode sentir reações corporais como fôlego, alterações de temperatura, tontura, sensação de corpo pesado/cansado. Porém, são sensações passageiras, que cessam logo após as atividades. Além disso, você também pode parar a realização de alguma atividade assim que sentir qualquer desconforto físico ou emocional.

As avaliações do estudo não causarão nenhum risco previsível à sua saúde física ou mental. Conforme citado anteriormente, para responder aos questionários você levará cerca de 15 a 30 minutos e, caso se sinta constrangido em responder alguma questão, poderá se negar a respondê-la.

Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar este consentimento, sem que isso traga qualquer penalidade ou prejuízo para você.

Benefícios:

Acreditamos que a intervenção inspirada no Método Mandalas das Emoções® pode ser de grande auxílio na gestão emocional de profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19.

Acompanhamento e assistência:

Os pesquisadores se comprometem em fornecer assistência integral a todo e qualquer evento adverso durante a pesquisa. Além disso, você também terá direito de acesso aos resultados da pesquisa sempre que solicitado.

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, nem constarão informações em seu prontuário.

Ressarcimento:

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa. Você tem a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Participação na Pesquisa:

Você tem plena liberdade de aceitar ou recusar a participar do estudo. Qualquer que seja a sua decisão, isso não acarretará penalização por parte dos pesquisadores ou mudança na conduta terapêutica.

Rubrica do voluntário ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Data: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gestão das Emoções na Covid-19

Pesquisadores: Mariana Nicole Cassola Theobald, Dr. Li Li Min, Li Hui Ling, Dra. Silvia Elaine Ferreira-Melo

CAAE: [31783120.7.0000.5404](#)

Você poderá encerrar sua participação no estudo em qualquer momento durante a pesquisa, sem maiores questionamentos ou prejuízos ao seu tratamento.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Mariana Nicole Cassola Theobald (e-mail: mnctheo@gmail.com), Li Hui Ling (e-mail: lihuilingg@gmail.com) e Li Li Min (e-mail: limin@unicamp.br).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Rubrica do voluntário ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____ Data: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gestão das Emoções na Covid-19

Pesquisadores: Mariana Nicole Cassola Theobald, Dr. Li Li Min, Li Hui Ling, Dra. Silvia Elaine Ferreira-Melo

CAAE: 31783120.7.0000.5404

Consentimento livre e esclarecido

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

Data: ____/____/____.

 (Assinatura do participante)

 (Nome e assinatura do responsável legal)
Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguo ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Infomo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

 (Assinatura do pesquisador)

Rubrica do voluntário ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____ Data: _____

9. ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão das Emoções na COVID-19

Pesquisador: LI LI MIN

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 2

CAAE: 31783120.7.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.325.174

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

Introdução:

Para fins deste projeto, deve-se destacar a trajetória natural da pandemia, descrita por quatro ondas primárias da Covid-19 (1-Infecção e Letalidade, 2-Impacto Econômico, 3-Agravo de Doenças Crônicas e 4-Saúde Mental) com repercussões sociais distintas. As três primeiras estão diretamente ligadas aos riscos imediatos de morbidade e mortalidade da doença, sendo descritas pelo efeito em cadeia gerado devido ao direcionamento quase restrito de insumos e forças de trabalho aos impactos da Covid-19. Neste sentido, percebe-se uma sucessão de ondas delineada pelos casos de contágio grave e seus resultados a curto e médio prazo em pacientes internados com outras condições agudas e, finalmente, em doentes crônicos. Ou seja, a escassez de recursos afetará diretamente outras áreas da saúde; espera-se que tais ondas irão sofrer declínio com o controle sanitário da Covid-19. Entretanto, percebe-se que o comprometimento da saúde mental, iniciada no começo do surto pelo desconhecimento e pela agressividade caracterizada por crescimento exponencial e sem previsão de declínio, vem aumentando de forma insidiosa e de abrangência ampla em várias camadas sociais, expressa de forma diversa desde violência

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.325.174

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Oferecer Mandalas das Emoções® às pessoas para o enfrentamento das próprias emoções frente à Covid19, por meio de aplicativo multiplataforma de mensagem.

Objetivo Secundário:

- Disponibilizar apoio à gestão das emoções aos usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde e do Sistema Suplementar;
- Disponibilizar apoio à gestão das emoções aos gestores, auxiliares e professores de escolas do ensino fundamental e médio;
- Disponibilizar apoio à gestão das emoções aos alunos de escolas do ensino fundamental e médio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para participação da pesquisa serão mínimos. Durante a execução das atividades, os participantes podem sentir reações corporais como formigamento, alterações de temperatura, tontura, sensação de corpo pesado/cansado. Porém, são sensações passageiras, que cessam logo após as atividades. Além disso, pode-se parar a realização de alguma atividade assim que sentir qualquer desconforto físico ou emocional. As avaliações do estudo não causarão nenhum risco previsível à saúde física ou mental. Para responder os questionários, o tempo despendido será curto e, caso o participante se sinta constrangido em responder alguma questão, poderá se negar a respondê-la.

Benefícios:

A maior contribuição desta pesquisa vem do compromisso de promover ajuda às pessoas que necessitam de informações corretas sobre a Covid-19 e seu potencial risco para as funções neurológicas e mentais. Para tanto, a Neurociência, quando aplicada na compreensão das funções do cérebro e da mente, insere-se sobremaneira em atividades de pesquisa do Cepid BRAINN-FCM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "Gestão das Emoções na COVID-19", cujo Pesquisador responsável é o Prof. Dr. Li Li Min com as colaborações dos pesquisadores participantes Sílvia Elaine de Sousa Ferreira Carvalho de Melo, Miriam Maria Pereira Novo, Maira Frizzi da Cunha Bergo e Mariana Nicole Cassola Theobald. A pesquisa foi enquadrada na Área "Ciências da Saúde", mas está relacionada a temática Saúde Mental e COVID-19 e de acordo com as orientações da Carta Circular n.4/2020-CONEP/SECNS/MS, esse protocolo se enquadra na

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.325.174

tramitação especial na Conep. A Instituição Proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 10.000,00 e o cronograma apresentado contempla início do estudo para 01/08/2020, com término em 31/03/2021. Serão abordados ao todo 500 participantes

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos:

- 1-Folha de rosto:"FolhdeRostoAssinada.pdf 10/05/2020 20:26:46";
- 2-Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1553159.pdf 06/10/2020 13:56:17";
- 3-Projeto detalhado:"ProjetoMarianaTheobaldCEP.pdf 06/10/2020 13:53:02";
- 4-TCLE:"TCLEAlteracoes.pdf 06/10/2020 13:54:25";
- 5- Outros:
 - Comprovandodevinculo_Pesquisadorprincipal.jpeg 28/07/2020 11:38:14;
 - CartaRespostaCEPCOVIDCEP.pdf 16/09/2020 11:21:06

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.
- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID- 19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.325.174

indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
 - Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências e inadequações emitidas no parecer CEP número 4.081.682:

1-Anexar o comprovante de vínculo do pesquisador responsável;

Resposta:– Comprovante de vínculo foi anexado ao processo.

Análise:PENDÊNCIA ATENDIDA.

2-Quanto ao documento anexado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1553159.pdf 10/05/2020 21:05:42": 2.1. Inserir a aluna Carolinne Yuri Tagami como membro da equipe de pesquisa.

Resposta:As informações da aluna foram inseridas.

Análise:PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2 Justificar o orçamento no valor de R\$10.000,00 como financiamento próprio.

Resposta:A descrição e justificativa do orçamento esta apresentada no item 5.

Análise:PENDÊNCIA ATENDIDA.

3-Quanto ao documento anexado "ProjetoMandala.pdf 10/05/2020 20:36:27":

3.1- Informar como será realizado o recrutamento dos participantes da pesquisa. Caso seja através das mídias sociais, apresentar a carta convite.

Resposta:O folder digital que será utilizado para divulgação da pesquisa e recrutamento dos participantes foi anexado ao corpo do texto.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.325.174

Análise:PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.2- Informar de que forma e em que momento o TCLE será aplicado.

Resposta: Conforme adequado no corpo do texto, o TCLE será aplicado de maneira digital, através da plataforma Google Forms, após o voluntário manifestar interesse em participar da pesquisa, após o primeiro contato, no início da pesquisa. Este questionário contendo o TCLE será enviado através do aplicativo Whatsapp.

Análise:PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.3- Caso o convite e o envio do TCLE para a participação na pesquisa sejam realizados através de e-mail ou whatsapp, solicitamos que seja mencionado no projeto de pesquisa que o participante será abordado uma única vez, e caso não concorde em participar da pesquisa, e-mails e convites online não serão mais disparados para estes participantes. Assim como, deverá constar a informação de que o participante terá plena liberdade em não responder algumas questões e prosseguir na pesquisa sem que o sistema bloqueie o envio do formulário ou deverá constar a informação de que para participar da pesquisa é obrigatório responder todas as questões.

Resposta: Foram realizadas as adequações no TCLE, conforme anexo.

Análise:PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.325.174

ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1553159.pdf	06/10/2020 13:56:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERAlteracoes.pdf	06/10/2020 13:54:25	LI LI MIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarianaTheobaldCEP.pdf	06/10/2020 13:53:02	LI LI MIN	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPCOVIDCEP.pdf	16/09/2020	LI LI MIN	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.325.174

Outros	CartaRespostaCEPCOVIDCEP.pdf	11:21:06	LI LI MIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoCEP.pdf	16/09/2020 11:20:52	LI LI MIN	Aceito
Outros	Comprovandevinculo_Pesquisadorprincipal.jpeg	28/07/2020 11:38:14	LI LI MIN	Aceito
Folha de Rosto	FolhdeRostoAssinada.pdf	10/05/2020 20:26:46	LI LI MIN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 07 de Outubro de 2020

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br