

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

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

1. Entenda o contexto

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

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

Profissionais na linha de frente no enfrentamento da COVID-19

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

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

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

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

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

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

Exemplo Clínico 2: agente funerário

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

Pacientes com COVID-19

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Identifique conceitos-chave

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

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

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

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

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

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

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

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

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

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

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

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

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

Transtornos de adaptação

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

Transtorno de estresse agudo (TEA)

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

Luto Traumático

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

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

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

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

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

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

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

Revivência

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

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

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

Entorpecimento emocional

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

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

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

Hiperestimulação autonômica (sentindo-se "no limite")

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

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

Outros problemas

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

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

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

3. Conheça alternativas

Prevenção

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

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

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

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

Manejo terapêutico de apoio

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

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

Primeiros cuidados psicológicos

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

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

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

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

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

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

Abordagem institucional

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

Abordagem inicial para profissionais que desenvolveram TEPT

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

Abordagem inicial para pacientes com COVID-19 que desenvolveram TEPT

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

Avaliação

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

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

Intervenção

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

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

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

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

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

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

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

2. Terapia cognitivo-comportamental

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

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

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

4. Acompanhamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências

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

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

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

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