



**Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde**

Politécnico de Coimbra

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE COVID-19

Ruben André Veiga da Costa

Coimbra, 31 de Maio de 2022

Ruben André Veiga da Costa

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE COVID-19

Mestrado em Farmacoterapia Aplicada

Departamento de Farmácia

Coimbra, 2022

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Farmácia, realizada sob a orientação científica de Prof. Doutora Ana Paula Gomes Fonseca.

Constituição do Júri:

Presidente Prof. Doutor Rui Santos Cruz

Vogal Prof. Doutora Ana Paula Gomes Fonseca

Vogal Prof. Doutora Ana Isabel de Freitas Tavares de Oliveira

Coimbra, 30 de Junho de 2022

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo seu apoio constante ao longo da minha vida, o qual foi fundamental para o desenvolvimento desta dissertação. Agradeço pela sua paciência e motivação, com as quais pude contar ao longo de todo este processo.

À Professora Doutora Ana Paula Fonseca, minha orientadora, por toda a sua ajuda e paciência. Aprecio os seus conselhos, compreensão e total disponibilidade antes e durante todo o trabalho, assim como toda a confiança depositada em mim.

Aos meus colegas de mestrado, que desempenharam um papel importante na conclusão deste. E por fim aos meus amigos, que sempre me deram o apoio necessária para terminar este projeto e que compreenderam a minha ausência em muitos dos eventos de que tiveram lugar durante estes últimos meses.

Resumo

A saúde mental pode definir-se como a ausência de doença mental ou um estado de ser que inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o estado mental de um indivíduo e a sua capacidade de funcionar no seu ambiente. De acordo com um resumo científico divulgado pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou 25% no primeiro ano da pandemia da COVID-19. Nesta revisão sistemática foi utilizando o Medical Subject Headings (MeSH) e palavras-chave em texto com os termos "Saúde Mental", "Covid-19", "Tratamento Farmacológico", "Tratamento não farmacológico", "Intervenção em Saúde Mental", "Trabalhadores da saúde" e "Confinamento". No confinamento o que se verificou foi que o estado de saúde mental das pessoas terá sido negativamente afetado. O maior impacto aconteceu nos profissionais de saúde sendo que nos estudos que foram analisados, o stress foi o fator que se verificou mais vezes seguido da depressão e ansiedade. Além disso verificou-se que os profissionais de saúde de primeira linha foram mais afetados por estas patologias. Verificou-se que as intervenções existentes a nível farmacológico são eficazes para o tratamento dos principais problemas ao nível de saúde mental decorrentes desta pandemia. O tratamento não farmacológico pode auxiliar no combate a estes problemas, como também pode ajudar a população e os profissionais de saúde a prevenir e/ou atrasar o desenvolvimento destas patologias. Como perspectivas futuras, deve-se implementar formação em Mental Health First Aid (MHFA) durante os cursos profissionais, dado que aumentaria o número de indivíduos capacitados para apoiar os que sofrem de doenças mentais.

Palavras-chave: "Saúde Mental", "Tratamento Farmacológico", "Tratamento não farmacológico", "Coronavírus"

Abstrat

Mental health can be defined as the absence of mental illness or a state of being that includes biological, psychological and social factors that contribute to an individual's mental state and their ability to function in their environment. According to a scientific abstract released by the World Health Organization, the global prevalence of anxiety and depression increased by 25% in the first year of the Covid-19 pandemic. In this systematic review, the Medical Subject Headings (MeSH) and keywords were used in text with the terms "Mental Health", "Covid-19", "Pharmacological Treatment", "Non-pharmacological Treatment", "Mental Health Intervention", "Healthcare Workers" and " Lockdown". In lockdown, what was found was that people's mental health status was negatively affected. The greatest impact was felt by health care professionals and, in the studies analysed, stress was the most common factor, followed by depression and anxiety. In addition, it was found that frontline health care professionals were more affected by these pathologies. The existing pharmacological interventions have been found to be effective in addressing the main mental health problems arising from this pandemic. Non-pharmacological treatment can help combat these problems, as well as help the population and health professionals to prevent and/or delay the development of these pathologies. As future perspectives, Mental Health First Aid (MHFA) training should be implemented during professional courses, as it would increase the number of individuals trained to support those suffering from mental illness.

Keywords: "Mental Health", "Pharmacological treatment", "Non-pharmacological treatment", "Coronavirus"

Índice

Conteúdo

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstrat.....	iii
Índice	iv
Lista de figuras.....	vi
Lista de símbolos	vii
Lista de tabelas.....	viii
Introdução	9
Material e métodos	12
Método de pesquisa e critérios de seleção.....	12
Critérios de inclusão e exclusão	12
Resultados e discussão	12
1. O que é Saúde mental	12
2. Coronavírus	15
3. Vacina Covid-19.....	19
4. Fatores associados a uma má saúde mental e relacionar com a pandemia.....	22
4.1. Solidão/Isolamento social	23
4.2. Perda de rendimentos.....	24
4.3. Luto/Perda de uma pessoa.....	26
4.4. Abuso de substâncias	28
4.5. Violência doméstica	30
5. Impacto do confinamento na saúde mental na população geral	32
6. Impacto na saúde mental dos profissionais de saúde	35
7. O estigma da saúde mental e como a tentar combater.....	37
8. Tratamento Farmacológico	40
8.1. Antidepressivos	40
8.2. Benzodiazepinas.....	45
9. Tratamento Não Farmacológico.....	46
9.1 Biblioterapia	46
9.2. Dieta	48

9.3. Psicoterapia interpessoal	49
9.4 Exercício Físico.....	51
10. Perspetivas futuras: “E-Mental Health Intervention”	53
11. Profissionais de saúde de farmácia comunitária/hospitalar e o apoio às diversas populações em contexto da saúde mental.....	55
12. Conclusão	59
13. Referências bibliográficas.....	60

Lista de figuras

(se aplicável)

Figura 1- Covid 19 cronologia de eventos	18
Figura 2- Padrões típicos da COVID-19 na imagem TC.....	19
Figura 3-Desenvolvimento de uma vacina vs Desenvolvimento da vacina Covid-19	22

Lista de símbolos

(se aplicável)

SARS- Síndrome Respiratória Aguda Grave

HCoVs- Coronavírus humano

CoV- Coronavírus

CDC- Centro de Controlo e Prevenção de Doenças

SARS-CoV-2- síndrome respiratória aguda do coronavírus-2

OMS- Organização Mundial de Saúde

MERS- Síndrome Respiratória do Médio Oriente

RT-PCR- Reação em cadeia de transcriptase inversa

TC- Tomografia Computorizada

HPS- US Census Bureau's Household Pulse Survey

PSS - Escala de Stress Percebido

BDI-IA- Beck Depression Inventory IA

GAD-7-Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada

ISRSN- Inibidor de recaptção de serotonina e noradrenalina

ISRS- Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

SERT- Transportador de serotonina

IMAO- Inibidores da Monoamina Oxidase

GHQ-12- Questionário Geral de Saúde

DASS-21- Escala de Depressão Ansiedade de Stress

IPT - Psicoterapia interpessoal

IPT-B- Psicoterapia interpessoal breve

PSFC- Profissionais de saúde de farmácia comunitária

MHFA- Mental Health First Aid

Lista de tabelas

(se aplicável)

Tabela 1- Impacto do confinamento em tempos de COVID-19 na saúde mental	34
Tabela 2- Impacto na saúde mental dos profissionais em tempos de COVID-19	36
Tabela 3- Impacto de realizar atividade física na saúde mental	52
Tabela 4- Resultados de meta-análises dos efeitos da formação em primeiros socorros em saúde mental sobre os resultados	57

Introdução

Pandemias e epidemias sempre tiveram uma parte importante na história humana, e só no século passado, pessoas de diversos cantos do globo foram afetadas não só pela gripe espanhola (100 anos antes da atual pandemia do COVID-19) mas também pela pandemia de gripe de 1957 a 1958 (gripe Asiática), síndrome respiratória aguda grave (SARS), gripe suína, Ébola entre outras doenças ^[1].

Nas últimas duas décadas, a SARS-CoV e a MERS-CoV causaram epidemias com taxas de mortalidade de aproximadamente 9,5% e 34,4%, respetivamente ^[2]. Nos últimos anos, verificou-se que o coronavírus humano (HCoVs) tem sido frequentemente associado a infeções graves das vias respiratórias superiores e inferiores, sendo considerado como a causa principal de pneumonia em adultos idosos e doentes imunocomprometidos ^[3].

Um surto de pneumonia surgiu em finais de Dezembro de 2019 tendo origem no Huanan Seafood Wholesale Market em Wuhan ^[4]. A inoculação de fluido de lavagem broncoalveolar recolhido de doentes com pneumonia de origem desconhecida em células de epinefrina das vias aéreas humanas e linhagem celular Vero E6 e Huh7 resultou no isolamento de um novo coronavírus, SARS-CoV-2 ^[5].

Tendo em conta a classificação taxonómica, o SARS-CoV-2 (COVID-19) é um entre muitos outros vírus da espécie, o Coronavírus (CoV) relacionado com a SARS. Contudo, o SARS-CoV e o SARS-CoV-2 variam em termos de espectro da doença, modos de transmissão e por conseguinte, diferentes métodos de diagnóstico ^[6].

Os coronavírus são esféricos, aproximadamente com 125 nm de diâmetro com pontas em forma de trevo que se formam a partir da superfície do vírus, dando a aparência de uma coroa solar, dando origem ao nome, coronavírus. Dentro do envelope estão as nucleocápsulas helicoidais simétricas, o que na realidade é incomum entre os vírus de RNA de sentido positivo ^[7].

Os passos iniciais da infeção por coronavírus envolvem a ligação específica da proteína do pico do coronavírus (S) aos recetores de entrada celular, que foram identificados para vários coronavírus e incluem a aminopeptidase N humana (APN; HCoV-229E), a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2; HCoV-NL63, SARS-CoV e SARS-CoV-2), sendo esta a enzima de interesse para o Covid-19, e a dipeptidil peptidase 4 (DPP4; MERS-CoV) ^[8]. Além disso, a entrada requer a ativação de proteínas S mediada pela protéase transmembranar, a serina 2 (TMPRSS2) ^[9]. A fusão da membrana, e a libertação do genoma viral na célula hospedeira pode ocorrer através de uma via não endossómica na superfície da membrana da célula ^[10]. A replicação e transcrição do genoma do Coronavírus ocorre nas membranas citoplasmáticas e envolve processos coordenados de síntese contínua e descontínua de RNA que são mediados pela replicase viral, um enorme complexo proteico codificado pelo gene da replicase ^[11].

De acordo com o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), a transmissão do vírus é feita principalmente através de contacto direto ou de gotículas respiratórias, requerendo

frequentemente um contacto próximo até 2 metros e durante um período de 15 ou mais minutos, sendo que devido à sua elevada prevalência e longo período de incubação, frequentemente sem sintomas, a síndrome respiratória aguda do coronavírus-2 (SARS-CoV-2) atingiu milhões de indivíduos em todo o mundo, causando assim a pandemia de Covid-19 ^[4].

Clinicamente as características da doença variam entre ligeira a grave/fatal, sendo que os sintomas mais comuns incluem principalmente febre, tosse e mialgia. Sintomas menores incluem a dor de garganta, dor de cabeça, calafrios, náuseas ou vômitos, diarreia e congestão conjuntival ^[6]. Em Março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que a COVID-19 era uma "emergência de saúde pública de preocupação internacional" ^[3].

Ainda clinicamente a COVID-19 foi classificada em doença leve a moderada (não pneumonia e pneumonia), doença grave (dispneia, frequência respiratória superior a 30/min, saturação de oxigénio inferior a 93%, relação PaO₂/FiO₂ inferior a 300 e/ou infiltra mais de 50% do campo pulmonar em 24-48 horas) e doença crítica (insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção/falência de múltiplos órgãos) ^[6].

De acordo com a OMS estima-se que, desde o início da pandemia, existam um total de 162.773.940 casos confirmados com 3.375.573 mortes a nível mundial, tendo sido confirmada 1.264.630.442 doses de vacinas administradas até 14 de Maio de 2021 ^[12].

Por outro lado, a saúde mental é uma componente integral e essencial da saúde. A OMS definiu saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de infeções ou enfermidades". A saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo acredita nas suas próprias capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e é capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade ^[13]. Outras definições vão para além disto, incluindo também o desenvolvimento intelectual, emocional e espiritual, auto percepção positiva, sentimentos de auto-estima e saúde física e harmonia intrapessoal, não havendo, portanto, um consenso sobre uma definição geral de "saúde mental" ^[14].

Durante a última década, o campo da saúde mental ganhou um reconhecimento crescente na agenda da saúde global, sendo que, mais recentemente, a saúde mental global tem vindo a receber uma maior atenção a nível internacional, demonstrado pelo facto de ter ocorrido a inclusão da saúde mental e do bem-estar nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e pela reunião de 2016 sobre saúde mental como uma prioridade de desenvolvimento global, organizada conjuntamente pela OMS e pelo Grupo do Banco Mundial ^[15].

Em qualquer pandemia infecciosa as populações podem ser afetadas não só ao nível da saúde, segurança e bem-estar de cada indivíduo (causando, por exemplo, insegurança, confusão, isolamento emocional e estigma) como também afeta as comunidades (devido a perdas económicas, encerramento do trabalho e das escolas, recursos inadequados para a resposta médica, e distribuição deficiente das necessidades) ^[16]. As reações psicológicas da população desempenham um papel crítico na formação, tanto da propagação da doença, como da ocorrência de angústia emocional e desordem social durante e após o surto ^[17].

O estudo realizado por Tianchen *et al.*, (2021), verificou que a prevalência global de depressão, ansiedade, angústia e insónia foi de 31,4%, 31,9%, 41,1% e 37,9%, respetivamente. Verificou também que indivíduos com doenças crónicas não infecciosas, pessoas em quarentena, e os indivíduos que contraíram COVID-19 apresentavam um risco mais elevado de depressão quando comparados ao resto da população. Por fim, também afirma que os médicos e enfermeiros apresentavam uma maior prevalência de insónia do que o resto da população ^[18].

Apesar das questões de saúde mental serem uma questão global e uma séria ameaça, a área da saúde mental ainda está a lutar para superar diversas barreiras a fim de alcançar as pessoas necessitadas ^[19]. A diferença de tratamento para pessoas que sofrem de perturbações mentais excede 50% globalmente. Estima-se que em países de baixo e médio rendimento, até 85% dos indivíduos com perturbações mentais não recebem qualquer tratamento. Mesmo quando os tratamentos estão disponíveis e acessíveis, muitas vezes não são eficazes ou baseados em evidências ^[20]. Entre as barreiras e desafios que ameaçam a indústria dos cuidados de saúde mental estão questões de custos, escassez de prestadores de cuidados de saúde mental, barreiras do plano de saúde, falta de cobertura ou cobertura inadequada, estigma, e fraca literacia em saúde mental.

As pandemias, colocam ainda mais peso nas instituições de cuidados de saúde. Também criam novos obstáculos à prestação de cuidados de saúde mental, uma vez que muitas pessoas estão em quarentena e vários países estão em total isolamento, tornando o acesso aos cuidados de saúde mental ainda mais difícil ^[19]. As estratégias de prevenção podem ter como objetivo diminuir as taxas de doença mental, mas as estratégias de promoção visam a melhoria da saúde mental ^[14].

Assim o objetivo desta revisão sistemática passa por primeiramente entender o impacto que a pandemia do COVID-19 poderá ter não só na população em geral, como também nos profissionais de saúde, mas também para dar a conhecer as diversas abordagens terapêuticas que podem ajudar a prevenir/tratar os problemas relacionados com a falta de uma saúde mental, assim como identificar a forma como os Profissionais de Farmácia em ambientes comunitários podem ser melhor capacitados para apoiar as pessoas com problemas de saúde mental que recorrem a medicamentos para estas situações.

Material e métodos

Método de pesquisa e critérios de seleção

Este estudo é uma revisão sistemática da literatura. Os motores de pesquisa utilizados foram a PubMed, Sciencedirect e o Scholar Google no período entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2021, de modo a selecionar as publicações mais relevantes. Foi realizada uma leitura detalhada para selecionar os artigos de interesse para a pesquisa, utilizando, como estratégia, Medical Subject Headings (MeSH) e palavras-chave em texto com os termos “Mental Health”, “Covid-19”, “Pharmacological Treatment”, “Non-pharmacological treatment”, “Mental Health Intervention”, “Healthcare workers” e “Lockdown”. Os artigos identificados utilizando os motores de busca anteriormente descritos foram revistos.

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão utilizados na realização desta revisão sistemática incluíram a utilização de artigos realizados em humanos, quer em adolescentes quer em adultos. Foram também selecionados e utilizados artigos com um máximo temporal de 10 anos de publicação, tendo-se dado prioridade aos artigos em língua inglesa ou portuguesa. Em termos de critérios de exclusão os artigos, em que, foram utilizados modelos animais não foram selecionados.

Resultados e discussão

1. O que é Saúde mental

A saúde mental pode definir-se como a ausência de doença mental ou um estado de ser que inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o estado mental de um indivíduo e a sua capacidade de funcionar no seu ambiente. ^[22]

A nível prático, não há acordo sobre o que é uma boa saúde mental. A OMS define a saúde mental como "um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e produtivamente, e consegue dar uma contribuição para a sua comunidade". ^[23] Ou seja a definição de saúde mental da OMS está organizada em torno de uma perspetiva hedónica, onde o bem-estar e a produtividade de uma pessoa desempenham um papel crítico. ^[21]

Galderisi em 2015, e tendo em conta as definições anteriores propôs a seguinte definição: A saúde mental é um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos utilizar as suas capacidades, conforme os valores universais da sociedade. Competências cognitivas e sociais

básicas, capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia com os outros, flexibilidade e a capacidade de lidar com os acontecimentos desfavoráveis da vida e de funcionar em papéis sociais. A relação harmoniosa entre o corpo e a mente representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, para o estado de equilíbrio interno.^[21]

Como podemos ver não existe acordo sobre uma definição comum. Contudo, houve acordo significativo entre os subcomponentes das definições, especificamente outros fatores para além da "capacidade adaptativa e autogestão", tais como "diversidade e identidade comunitária", e a criação de definições distintas, "uma para o indivíduo e um paralelo para a comunidade e a sociedade".^[22]

As pessoas com boa saúde mental podem, frequentemente, encontrarem-se tristes, doentes, zangadas, ou infelizes, e isto é uma parte normal da vida. Apesar disto, a saúde mental é frequentemente concebida como algo puramente positivo, caracterizado por sentimentos de felicidade e domínio sobre o próprio ambiente.^[21]

Como resultado, a saúde mental é responsável por uma proporção crescente da incidência da doença. Entre 1995 e 2015, 28 dos 36 países da OCDE registaram um aumento das mortes por doenças mentais, tendo o Reino Unido registado o maior aumento de 18,2 a 67 mortes por 100.000 habitantes fazendo com que assim os problemas de saúde mental são agora o terceiro maior peso na saúde nos países de rendimentos médio-alto e alto enquanto um cálculo conservador colocá-los-ia em quinto lugar no mundo.^[26] Os eventos traumáticos são fatores de risco bem conhecidos de transtorno de stress pós-traumático, depressão, e uma variedade de outras questões de saúde mental. Assim, as políticas que reduzem a ocorrência e exposição a eventos traumáticos têm o potencial de melhorar significativamente a saúde mental da população.^[25]

As abordagens à solução de questões de saúde mental na sociedade têm-se concentrado esmagadoramente na prestação de serviços clínicos aos indivíduos, em vez de promoverem condições que promovem a saúde mental positiva, a promoção da saúde mental, ou a prevenção de doenças mentais.^[25]

Durante a última década, tem havido muito interesse em incorporar a saúde mental na prática da saúde pública. Por exemplo, o "bem-estar mental e emocional" é uma prioridade da Estratégia Nacional de Prevenção, e o plano de ação dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças Crónicas inclui como objetivo "[d]evelop[ing] strategies for integrating mental health and mental illness into public health systems".^[25]

É fundamental que a legislação sobre saúde mental promova cuidados e apoio integrados na comunidade, bem como atue para melhorar a qualidade do serviço e promover os direitos das pessoas com problemas de saúde mental. É também fundamental assegurar o consentimento informado, a confidencialidade e a participação dos utilizadores e das suas famílias na tomada de decisões.^[26]

A vigilância e monitorização da saúde mental da população são fundamentais para a conceção e implementação eficaz de intervenções baseadas na população para melhorar a saúde mental, particularmente em tempos de *stress*, tais como catástrofes naturais e recessões económicas. ^[25]

De acordo com um resumo científico divulgado pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou 25% no primeiro ano da pandemia da COVID-19. As preocupações sobre potenciais aumentos nas condições de saúde mental levaram 90 % dos países inquiridos a incluir a saúde mental e o apoio psicossocial nos seus planos de resposta à COVID-19, mas subsistem lacunas e preocupações significativas ^[169]

Por exemplo, o Congresso dos EUA aprovou três grandes pacotes de ajuda, o primeiro dos quais foi implementado em Março de 2020. Entre os exemplos legislativos estão uma série de medidas relacionadas com a política de saúde mental tais como o Families First Coronavirus Response Act que inclui medidas para licenças pagas por doença para pessoas com sintomas de COVID-19, necessidade de quarentena, ou que cuidam de crianças ou membros da família doentes (todas elas podem ser utilizadas por trabalhadores de saúde mental da linha da frente). Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act que é um pacote de estímulo que inclui uma série de medidas importantes relevantes para os prestadores de cuidados de saúde mental. Inclui \$425 milhões em financiamento para a Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental para responder à pandemia, incluindo \$250 milhões para novos financiamentos para a Clínica de Saúde Comportamental Comunitária Certificada, subvenções de expansão, \$100 milhões para atividades de resposta a emergências, e \$50 milhões para a prevenção de suicídios. Por fim o The CARES Act que harmoniza as regras de partilha de informação sobre o tratamento de doenças relacionadas com o uso de substâncias com as regras mais familiares da Lei de Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde. ^[24]

Funk et al., (2015) sugeriu recomendações para os ministérios da saúde que podem ser utilizadas ainda no tempo atual, sendo estas criar/atualizar legislação nacional sobre saúde mental, segundo os tratados e documentos internacionais de direitos humanos. Criar e implementar regras/regulamentos/códigos de prática para implementar a legislação nacional em matéria de saúde mental e criar estruturas/mecanismos operacionais para ajudar na implementação da legislação sobre saúde mental. ^[26]

Para melhorar a eficácia dos serviços clínicos de saúde mental, os sistemas de saúde implementam frequentemente estratégias. Estas intervenções podem incluir iniciativas de melhoria da qualidade, tais como educação e formação para encorajar a utilização de práticas baseadas em provas, apoio de cuidados baseados em medidas para ajudar os prestadores a avaliar o progresso dos pacientes e atualizar os planos de tratamento conforme necessário, e sistemas de auditoria-opinião baseados em dados administrativos, tais como opinião para reduzir prescrições antipsicóticas desnecessárias. ^[25]

A crise COVID-19 é suscetível de exacerbar as disparidades já existentes na saúde mental e física, bem como na prestação de cuidados de saúde. Embora o aumento do financiamento e uma mão-de-obra maior e mais qualificada possam ajudar a melhorar a prestação de cuidados de saúde mental, as políticas devem também considerar como as disparidades de longa data podem ser

abordadas através de uma coordenação alargada de programas entre agências de serviços sociais, e de um alcance direcionado às populações vulneráveis para prevenir a propagação viral. ^[24]

2. *Coronavírus*

Os coronavírus (CoV) são agentes patogénicos extremamente perigosos que se encontram tanto nos seres humanos como nos mamíferos. ^[28] Os coronavírus são conhecidos por terem grandes genomas variando em tamanho de 26 a 32 quilobases ^[36] sendo classificados como alfa (-CoV), beta (-CoV), gama (-CoV), e delta (-CoV) coronavírus. Normalmente causam infeções respiratórias que vão desde a constipação comum a doenças mais graves como a Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda (SARS), e o coronavírus mais recentemente descoberto (COVID-19) causa doenças infecciosas. ^[28]

Estes consistem em espigão(s) trimérico(s) em que a proteína S1 reconhece os receptores da enzima conversora da angiotensina 2 (ECA-2) encontrados nos pulmões, coração, rins, intestinos, esófago, fígado e vasos sanguíneos, e está ligada à membrana da célula hospedeira. Na proteína envelope que é a mais pequena e está principalmente presente no retículo endoplasmático e no complexo de Golgi, sendo responsáveis pela montagem e libertação do vírus a partir da célula hospedeira. Proteínas da membrana onde as glicoproteínas da membrana, que são proteínas de superfície, são as proteínas mais abundantes do vírus. A sua estrutura compreende o domínio N-terminal no exterior do vírus, três domínios transmembrana e o domínio C-terminal encontrado no interior da membrana viral. Por fim a proteína do nucleocapsídeo que está ligada ao ssRNA do vírus, sendo a sua função quebrar o mecanismo de defesa e desregular o ciclo celular da célula hospedeira e ajudar na montagem do vírus através da interação com outras proteínas estruturais. ^[36]

A cidade chinesa de Wuhan foi notícia em Dezembro de 2019 devido a um surto de síndrome respiratória febril causado por pneumonia causada por um novo coronavírus desconhecido possivelmente ligado a um mercado grossista de marisco em Huanan. ^[27] De alguma forma, o novo vírus, agora conhecido como SARS-CoV-2, permaneceu adormecido durante muitos meses antes de Wuhan, porque não encontrou condições que teriam resultado no seu aparecimento epidémico. ^[31] A 7 de Janeiro de 2020, o novo coronavírus (SRA-CoV-2, inicialmente denominado 2019-nCoV) foi isolado de um doente num curto período, sendo realizada a sequenciação genómica deste vírus. ^[27] Os Centros Chineses de Controlo e Prevenção de Doenças informaram a 9 de Janeiro que a COVID-19 pode ser causada por uma estirpe de coronavírus que está distantemente relacionada com a síndrome respiratória aguda grave ^[32] A 11 de Fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde designou esta doença como doença coronavírus de 2019 (COVID-19). ^[34]

Os primeiros casos desta pandemia foram do sexo masculino, com menos de metade tendo doenças subjacentes tais como diabetes, hipertensão, ou doença cardiovascular. ^[27] Alguns relatórios sugeriram transmissão de animal para humano e dentro de humanos, indicando a possibilidade de transmissão zoonótica. ^[30] Um investigador descobriu que 27 pacientes (66%) tinham um historial de contacto com o mercado de mariscos Wuhan Huanan, onde animais

selvagens vivos ou abatidos eram vendidos para consumo alimentar. ^[32] Entretanto, descobriu-se que a fonte da SARS-CoV era um morcego que transmitia o vírus aos seres humanos através de um hospedeiro intermediário, o gato civet. O SARS-CoV-2 tem 88% de semelhança genética com dois coronavírus semelhantes ao SARS isolados de morcegos, de acordo com um estudo genómico. ^[30]

As seguintes condições foram identificadas pelo CDC como sendo de alto risco para a COVID-19: asma, doença renal crónica que tem sido tratada com diálise, doença pulmonar crónica, diabetes, perturbações da hemoglobina, imunocomprometidos, doença hepática, pessoas com mais de 65 anos em lares de idosos ou instalações de cuidados prolongados, condições cardíacas graves e obesidade severa. ^[36]

Os vírus podem propagar-se rapidamente através das fronteiras nacionais. Como as viagens aéreas foram uma das principais rotas da propagação global deste vírus, este novo vírus espalhou-se de um país para outro através do hospedeiro. ^[32] As gotículas produzidas pela tosse e espirros tipicamente espalham o vírus rapidamente de uma pessoa para outra. É mais contagioso quando as pessoas são sintomáticas, embora a transmissão possa ocorrer antes dos sintomas se manifestarem nos doentes, com o tempo entre a exposição e o início dos sintomas a variar geralmente entre 2-14 dias. ^[28] Devido ao novo ano na China, uma causa significativa do movimento da população humana, a transmissão entre humanos da SARS-CoV-2 foi amplificada, resultando no surto primário e na propagação da SARS-CoV-2. ^[32]

Os casos assintomáticos de qualquer infeção são uma importante fonte de preocupação para as políticas de saúde pública destinadas a gerir epidemias. ^[33] As infeções assintomáticas são definidas como a deteção positiva do ácido nucleico do SARS-CoV-2 em amostras de doentes por reação em cadeia de transcriptase inversa (RT-PCR), mas não apresentam sintomas ou sinais clínicos típicos, nem anomalias visíveis na imagem, tais como a tomografia computadorizada (TC) dos pulmões. ^[34]

Um relatório de caso na China levantou pela primeira vez a possibilidade de transmissão assintomática de casos COVID-19, em que um viajante de Wuhan supostamente transmitiu a infeção a 5 outros membros da família noutros locais, mantendo-se assintomático durante o período de acompanhamento de 21 dias. ^[33]

No entanto, devido à falta de sinais clínicos óbvios e a uma fraca consciencialização de prevenção, a maioria das pessoas assintomáticas não procuram atenção médica, contribuindo para a rápida propagação da COVID-19. ^[34]

Apesar disto, as estimativas anteriores de 80% das infeções assintomáticas eram demasiado elevadas e desde então foram revistas para entre 17% a 20% das pessoas com infeções, visto que cerca de 49% das pessoas inicialmente definidas como assintomáticas desenvolvem sintomas. ^[35]

COVID-19, causado por um coronavírus, partilha os sintomas com outras infeções por coronavírus beta. ^[29] Febre, tosse seca, dispneia, e fadiga eram sinais clínicos comuns em todos os casos. A infeção do trato respiratório superior, como a rinorreia, espirros, ou dor de garganta, apesar de poderem acontecer são mais raros na COVID-19. ^[30] Como complicações era possível desenvolver pneumonia, dor de garganta e síndrome de angústia respiratória aguda são possíveis. ^[28]

O principal modo de transmissão é por gotículas respiratórias; o SARS-CoV-2 pode ser transmitido a uma pessoa saudável se esta entrar em contacto com uma pessoa infetada ou qualquer um dos seus pertences, tais como roupas, maçanetas, etc. ^[37] O vírus entra no corpo através do nariz, olhos ou boca. ^[36] O ciclo de vida da SARS-CoV-2 começa com a fixação de picos virais a um recetor celular ECA-2. ^[29] Os agentes tensoativos produzidos pelos pneumócitos tipo 2 reduzem a pressão de colapso e a tensão superficial nos alvéolos. A ligação do recetor ECA-2 permite que o vírus entre na célula hospedeira através de proteases na célula hospedeira que clivam a proteína do espigão do vírus. ^[36]

A sequência de eventos após a invasão da célula pelo vírus por endocitose pode ser resumida da seguinte forma: o vírus sofre endocitose e move-se do início para o fim dos endossomas, acabando por atingir os lisossomas, onde as suas enzimas hidrolíticas são ativadas pelo baixo pH lisossómico, permitindo que o genoma viral seja limpo. O genoma do RNA entra no citoplasma da célula hospedeira e junta-se ao retículo endoplasmático rugoso, onde a fase de leitura aberta ORF 1a e ORF 1b são traduzidos em proteínas pp1a e pp1ab, sendo depois clivadas por proteases celulares. ^[31] O complexo proteico RNA replicase-transcriptase é constituído por estes elementos proteicos, que controlam a produção, replicação e transcrição do genoma RNA (sgRNA) de cadeia única. A replicação gera o genoma do RNA de sentido positivo (+gRNA), e a transcrição descontínua gera um conjunto de 7-9 sgRNA. ^[29]

O RNA recentemente sintetizado é então traduzido nas quatro proteínas estruturais, que formam a nova partícula madura do vírus após modificação apropriada da proteína S no retículo endoplasmático da célula hospedeira e no complexo de Golgi com glicanos ligados a N (presumivelmente para o proteger contra anticorpos neutralizantes). A exocitose é o processo pelo qual os vírus recém-formados deixam a célula hospedeira para infetar outras células sendo que a célula hospedeira morre em resultado deste processo. ^[36]

Assim os sintomas da doença podem ser divididos em três fases (figura 1). Primeiro, a fase assintomática, que dura 1 a 2 dias após a infeção. Durante esta fase, o vírus liga-se aos recetores ECA-2 e replica-se nos recetores ECA-2. Em segundo lugar, durante a fase de infeção das vias aéreas superiores, em que o vírus migra para o trato respiratório. A resposta imunitária natural do corpo é desencadeada. A terceira e última fase é a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo e hipoxia, onde o vírus infeta e danifica os alvéolos dos pulmões, provocando a libertação de interferões, sinalizando as células saudáveis próximas para libertar peptídeos antivirais. ^[36]

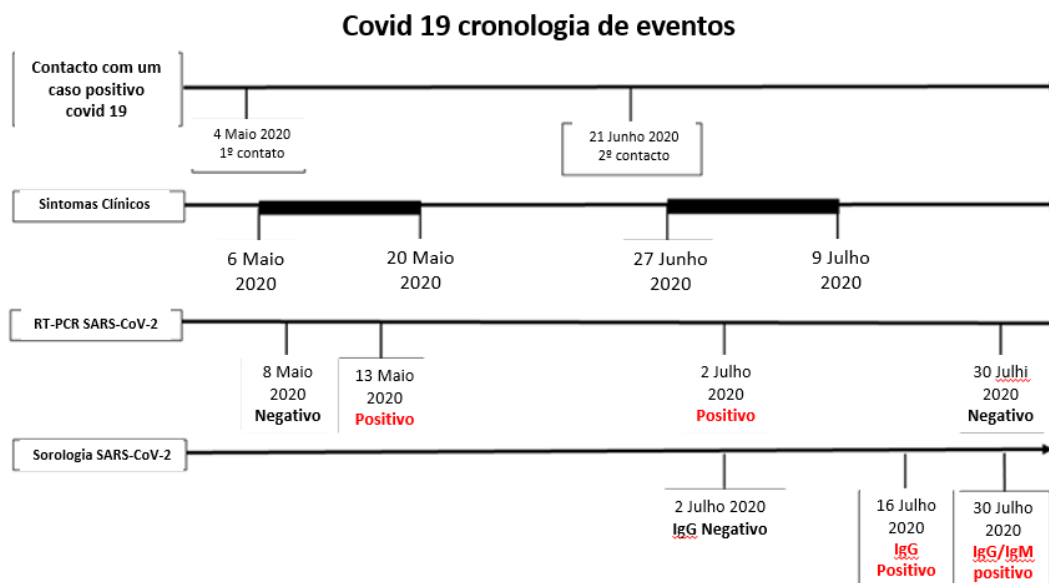


Figura 1- Covid 19 cronologia de eventos
Fonte: BONIFÁCIO, L.P., et al.,

Para prevenir a propagação deste vírus, os governos disponibilizaram medidas para que as pessoas possam proteger-se não só a si como aos outros, por exemplo lavar as mãos regularmente e cuidadosamente com água ou higienizar as mãos com álcool 70% especialmente após visitar um local público ou assoar o nariz, espirrar ou tossir, tal como manter distância social e evitar contacto próximo com pessoas doentes, como proteger o outro como, por exemplo se a pessoa estiver doente deverá ficar em casa, a menos que vá ao médico ou limitar o número de pessoas que podem entrar nas áreas de isolamento, incluindo o quarto de um paciente se este for suspeito ou positivo para COVID-19. [28]

Em termos de diagnóstico o padrão de ouro para a deteção da SARS-CoV-2 é RT-PCR, que é o teste laboratorial de eleição para o diagnóstico de doentes sintomáticos na fase aguda. O diagnóstico feito por RT-PCR em tempo real utiliza o RNA extraído de amostras do trato respiratório, tais como esfregaço nasofaríngeo/ orofaríngeo, expectoração e lavagem broncoalveolar. [39] O teste RT-PCR parece ter uma elevada especificidade, embora possa haver resultados falso-positivos devido à contaminação, especialmente em pacientes assintomáticos. [38]

Outros métodos de diagnóstico incluem os resultados dos testes laboratoriais onde as anomalias laboratoriais mais comuns relatadas na admissão entre doentes com pneumonia hospitalizados foram a leucopenia ou leucocitose, linfopenia e níveis elevados de alanina-aminotransferase e aspartato aminotransferase. Imagiologia em que por meio de uma TC em indivíduos com COVID-19 verificou-se uma opacidade, particularmente nos lóbulos periféricos e inferiores, e áreas de consolidação bilateral de múltiplos lobulares e subsegmentais (figura 2), especialmente em pacientes de UCI. Constatou-se que o número de segmentos pulmonares envolvidos estava relacionado com a gravidade da doença. [38]

Por fim o método serológico é utilizado principalmente para diagnóstico retrospectivo e tem uma sensibilidade inferior à do método molecular. Os testes serológicos detetam anticorpos específicos (IgA, IgM e IgG) produzidos contra o SARS-CoV-2 ou o antígeno do vírus. [39]

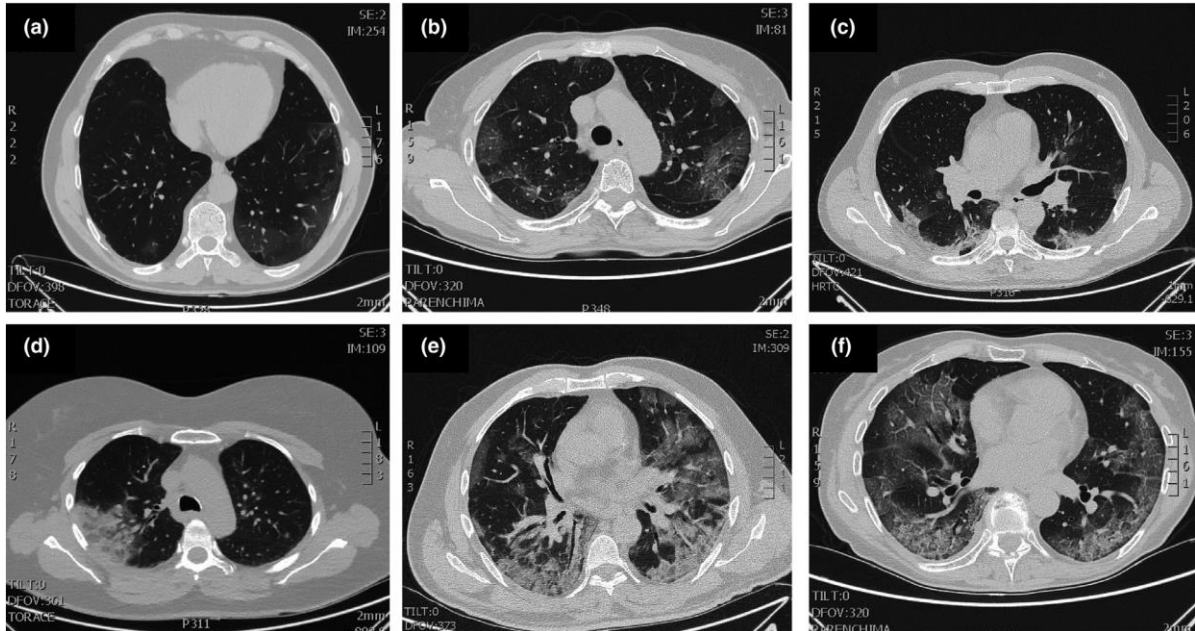


Figura 2- Padrões típicos da COVID-19 na imagem TC
Pascarella et al.,

Fonte:

3. Vacina Covid-19

As vacinas são substâncias biológicas que induzem uma imunidade adaptativa ativa a uma doença específica. O desenvolvimento de vacinas envolve a utilização de microrganismos responsáveis pela doença, quer na forma morta ou atenuada, quer utilizando as toxinas ou proteínas da superfície dos microrganismos. As vacinas são introduzidas no corpo por via oral, injeção, ou pela via nasal para estimular o sistema imunitário contra corpos estranhos. [45] A vacinação é um dos maiores feitos da civilização moderna. Muitas doenças infantis, tais como a poliomielite e o sarampo, registaram uma diminuição significativa da prevalência como resultado de uma vacinação generalizada. O desenvolvimento tradicional de vacinas, por outro lado, pode levar 15+ anos desde a fase inicial de conceção até aos ensaios clínicos. As vacinas são produtos biológicos complexos que devem ser concebidos para uma vasta gama de indivíduos saudáveis e como tal o desenvolvimento e a avaliação de vacinas levam tempo, pois é necessário um estudo e uma monitorização cuidadosa para garantir a aplicação segura de qualquer vacina. [40] Os avanços na imunologia viral, biologia estrutural e novas plataformas de vacina permitem que a vacinologia moderna elabore com segurança uma imunidade robusta. A definição das estruturas das proteínas de superfície viral, bem como uma compreensão detalhada de como os anticorpos protetores visam estas proteínas, tem sido uma importante área de progresso. [41]

Desde o início do surto da COVID-19, vários candidatos à vacina COVID-19 entraram em ensaios clínicos em menos de 6 meses sendo aprovados condicionalmente em menos de 10 meses. (figura 3) ^[40] Isto tornou-se possível, pois os governos, em colaboração com parceiros farmacêuticos, biotecnológicos e académicos, anunciaram uma estratégia para capitalizar décadas de progresso em novas plataformas de vacinas, imunologia viral, biologia estrutural, e investigação em engenharia de proteínas, para permitir o rápido desenvolvimento, avaliação, fabrico, e distribuição de vacinas. ^[41]

As plataformas de vacinação evoluíram significativamente na última década, incluindo o desenvolvimento de vacina à base de ácido nucleico, vacinas vetorizadas, e vacinas proteicas recombinantes. As vacinas candidatas à vacina SARS-CoV-2 foram desenvolvidas e avaliadas em todo o mundo em várias plataformas de vacinas. ^[44] Em geral, são utilizadas quatro plataformas diferentes para desenvolver vacinas virais.

Vírus Inteiro

No caso das vacinas COVID-19, os indivíduos recebem vírus SARS-CoV-2 inteiros atenuados ou inativos para obterem respostas imunitárias. As respostas imunitárias são suscetíveis de ter como alvo muitas outras proteínas virais para além da proteína S da SARS-CoV-2. O fabrico destas vacinas é mais demorado e difícil porque o crescimento do vírus em grandes quantidades leva tempo e requer instalações de produção dedicadas à biossegurança de nível 3. ^[40]

Uma vacina atenuada é uma vacina viral ou bacteriana com virulência/patogenicidade reduzida, mas com a capacidade de replicar e desencadear o sistema imunitário para responder a todo o organismo. Os vírus e bactérias podem ser atenuados em cultura pela remoção de genes relacionados com a virulência, ou por um método mais recentemente desenvolvido de modificação sintética do uso do códon, pelo que a replicação é mais lenta devido a um t-RNA menos abundante. ^[42] Vacinas com os microrganismos atenuados são desenvolvidas com o vírus enfraquecido passados por células animais ou humanas até que o genoma mude e o vírus deixe de ser capaz de causar a doença. O vírus replica-se como uma infeção natural, provocando respostas imunitárias das células T e B. ^[45]

Vacinas de Proteína Recombinante

As vacinas à base de proteínas virais são feitas ao utilizar tecnologias recombinantes e contêm apenas proteínas virais em vez de materiais genéticos, tornando-as mais seguras de fabricar e incapazes de causar infeção porque nenhum vírus intacto está envolvido no processo. ^[40]

As vacinas de subunidades são essencialmente vacinas proteicas em que uma ou mais proteínas imunogénicas, ou segmentos de proteínas imunogénicas do agente patogénico são escolhidos para obter uma resposta imunitária. As proteínas podem ser expressas numa variedade de sistemas de expressão de proteínas e depois recolhidas e novamente dobradas na estrutura tridimensional adequada para ativar o sistema imunitário. As proteínas antigénicas recombinantes expressas podem ser combinadas para formar nanopartículas e assim aumentar a imunogenicidade. ^[42] As partículas semelhantes a vírus são multímeros de proteínas que imitam a estrutura do vírus, mas não possuem material genético, tornando-os não infecciosos na natureza. Estes conseguem se

montar com múltiplos tipos de proteínas, resultando em quimeras proteicas. As partículas semelhantes a vírus funcionam estimulando as células que apresentam antígenos, que, por sua vez ativam as respostas imunitárias das células B e T. ^[44]

Vacinas de Vetores Virais

As vacinas vetoriais utilizam vetores virais não patogênicos para fornecer fragmentos de ADN com codificação antigénica às células hospedeiras para expressão do antígeno ao contrário das vacinas tradicionais contra vírus inteiros e vacinas à base de proteínas que introduzem diretamente proteínas antigénicas para estimular as respostas imunitárias do hospedeiro. A escolha do vetor viral é inicialmente influenciada pelo tamanho do gene do antígeno a ser inserido, visto que alguns vetores virais são mais adaptáveis do que outros. ^[40] As Vacinas baseadas em vetores virais são criados pela modificação genética de um vetor viral para transportar genes coronavírus e replicam-se lentamente nas células hospedeiras. O processo de replicação resulta na produção de proteínas do vírus corona e, como resultado, na ativação do sistema imunitário. Os potenciais vetores virais incluem uma vasta gama de vírus DNA e RNA, incluindo adenovírus, parvovírus, togavírus, paramixovírus ou rbdovírus. ^[43]

Vacinas de Ácido Nucleico

As vacinas de ácidos nucleicos introduzem instruções genéticas para as células hospedeiras. Como se viu em doentes com COVID-19, a síntese in situ destes imunogénicos estranhos dentro das células hospedeiras provoca tanto a produção de anticorpos como a indução de células T, que são parâmetros importantes de proteção. ^[40]

As vacinas de mRNA são uma tecnologia relativamente nova que ainda não tinha sido provada antes da atual pandemia. Os programas de desenvolvimento de vacinas COVID-19 baseiam-se em formatos autoamplificadores e não amplificadores de mRNA. Os genomas do alfavírus têm sido utilizados para criar vacinas autoamplificadoras do mRNA através da substituição de regiões de codificação de proteínas estruturais por genes de interesse. As vacinas não amplificantes de mRNA são pequenas (2-3 kb) em tamanho e contêm apenas o(s) gene(s) desejado(s), elementos reguladores e uma cauda de poli(A). Como o fornecimento de mRNA no citoplasma é crítico, várias abordagens, incluindo nanopartículas lipídicas, nano-emulsões catiónicas e poliplexos, têm sido utilizadas. ^[42] As vacinas de ADN levam os genes do coronavírus às células humanas. O princípio da vacinação baseia-se na translocação do ADN para o núcleo celular, onde começa a transcrição do antígeno sendo seguida de tradução. Os plasmídeos são frequentemente utilizados como vetores nas vacinas de ADN. Os miócitos ou queratinócitos são alvos dependendo da via de administração da vacina (intramuscular, intradérmica e subcutânea). ^[43]

Os pontos comuns surgiram entre os candidatos a vacinas mais avançados com dados de desenvolvimento clínico na fase tardia e precoce disponíveis. Para começar, com a notável exceção das vacinas inativadas SRA-CoV-2, a maioria dos candidatos avançados são baseados em antígenos Spike. Em segundo lugar, com a exceção do Sputnik V, cuja origem da sequência Spike não foi relatada, todas as vacinas Spike inseridas nos principais candidatos são baseadas em sequências de origem chinesa do SARS -CoV-2. ^[42]

Os primeiros dados de eficácia surgiram em Novembro de 2020, com Pfizer e Moderna a anunciar uma eficácia de 94-95% na prevenção da infeção sintomática por COVID-19. A Pfizer/Bio-NTech apresentou um pedido dos EUA à FDA em 20 de Novembro de 2020, com base nestes resultados de eficácia e num forte perfil de segurança, que foi concedido em 11 de Dezembro de 2020. A Moderna apresentou um pedido da EUA a 30 de Novembro de 2020, e a FDA concedeu-o a 18 de Dezembro de 2020. Por fim a Janssen solicitou a EUA a 4 de Fevereiro de 2021, e foi concedida a 27 de Fevereiro de 2021. ^[41]

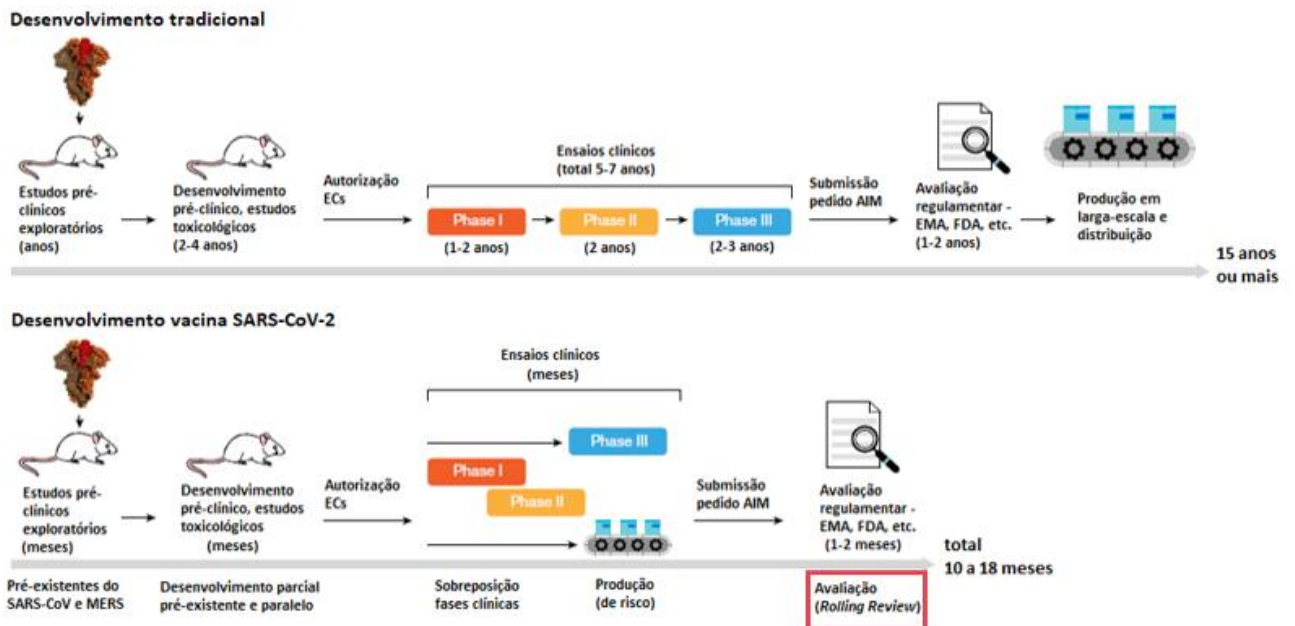


Figura 3-Desenvolvimento de uma vacina vs Desenvolvimento da vacina Covid-19
Fonte: INFARMED

4. Fatores associados a uma má saúde mental e relacionar com a pandemia

Existem numerosas causas de problemas de saúde mental. Muitas pessoas são suscetíveis de serem afetadas por uma combinação complexa de fatores, embora pessoas diferentes possam ser mais profundamente afetadas por certas coisas do que outras. Por exemplo, os seguintes fatores podem contribuir para um período de má saúde mental:

- Abuso, trauma ou negligência quando criança;
- Isolamento social ou solidão;
- Discriminação e estigma, incluindo o racismo;
- Luto;
- Pobreza ou dívida;
- Stress grave ou de longa duração;
- Condição de saúde física;
- Desemprego ou perda de emprego;

- Entre outros.

4.1. Solidão/Isolamento social

Apesar de os termos solidão e isolamento social serem diferentes estes estão relacionados. Assim a solidão define-se como um sentimento angustiante de estar sozinho ou separado enquanto isolamento social define-se como uma falta de contacto social e o facto de se interagir com poucas pessoas de forma regular. A solidão, em conjunto com um mau estado funcional, défices de visão e uma mudança negativa na qualidade de vida, podem contribuir para um aumento da sintomatologia depressiva. ^[50] Antes da pandemia da COVID-19, a solidão e o isolamento social eram tão comuns (10-40%) na Europa, Estados Unidos e China que foi referida como uma "epidemia comportamental". ^[50]

As interações sociais são propostas como uma necessidade humana fundamental, comparável a outras necessidades fundamentais como o consumo de alimentos ou o sono. De facto, sentir-se isolado dos outros têm consequências negativas profundas e a longo prazo para a saúde física e mental, levando mesmo a um aumento da mortalidade. ^[49] Durante a pandemia COVID-19, foram implementadas estratégias de distanciamento social, que se mostraram cruciais para limitar a propagação do vírus. Além dos procedimentos de quarentena e isolamento para todos os que foram expostos ou infetados à COVID-19, foi também imposto um distanciamento social entre a população em geral para reduzir a transmissão deste ^[50], fazendo com que muitas fontes regulares de ligação social da vida das pessoas. Tais políticas são suscetíveis de ter um impacto significativo não só na economia e na sociedade, mas também na saúde mental e bem-estar dos indivíduos, devido a fatores como a redução do contacto com outros. ^[49]

Tem-se verificado que os riscos para a saúde associados ao isolamento e solidão são comparáveis aos bem conhecidos efeitos negativos do tabagismo e da obesidade. Devido ao declínio dos recursos económicos e sociais, as limitações funcionais, a morte de membros da família e cônjuges, e as mudanças nas estruturas familiares e na mobilidade, o isolamento social e a solidão são especialmente problemáticos nas pessoas mais idosas. ^[47]

O impacto pode ser excessivamente amplificado nas pessoas com doenças mentais pré-existentes, que muitas vezes sofrem de solidão e isolamento social anteriormente ao maior distanciamento de outras medidas impostas pelas medidas de saúde pública pandémicas da COVID-19. Além disso, o impacto pode ser excessivamente amplificado em pessoas com doenças mentais pré-existentes, que frequentemente sofrem de solidão e isolamento social antes das medidas de combate à pandemia terem entrado em vigor. ^[50]

Não podemos também esquecer que os adolescentes sofrem com o isolamento social devido ao encerramento de escolas e como tal amplifica a suscetibilidade do aumento da solidão entre as crianças e adolescentes, cujos contactos sociais habituais foram reduzidos, em resultado de medidas de prevenção de doenças. Assim o isolamento social e o encerramento de escolas pode exacerbar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, que já se encontram em maior risco de desenvolver problemas de saúde mental do que os adultos. ^[47]

Tal facto foi verificado por *Maria et al.*, (2020) que no seu estudo analisou 61 estudos observacionais (43 eram cortes transversais, 6 eram longitudinais, e 12 dizem respeito a resultados tanto de corte transversal como longitudinal. 53 estudos declararam que avaliaram o impacto da solidão na saúde mental. Sete estudos declararam que mediram o impacto do isolamento social. A solidão foi considerada como tendo um impacto negativo na saúde mental em 53 estudos. Sete estudos afirmam ter avaliado o impacto do isolamento social. Esta revisão teve um total de 51.576 participantes sendo eles principalmente estudantes de escolas ou universidades ou a participar em estudos de coorte longitudinal. ^[48]

Este estudo verificou a existência de uma associação clara entre a solidão e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, e a solidão esteve associada a futuros problemas de saúde mental até 9 anos mais tarde. ^[48]

Estes resultados foram consistentes em estudos realizados com crianças, adolescentes e jovens adultos. Poderá também haver diferenças sexuais, com algumas pesquisas a indicar que a solidão estava mais fortemente associada a sintomas de depressão elevada em raparigas e com ansiedade social elevada em rapazes. ^[48] Uma das limitações deste estudo é que os estudos analisados não foram realizados num contexto de uma ameaça potencialmente perigosa para a saúde. Assim essas características limitam a capacidade, da autora de extrapolar a partir das provas existentes para a situação atual. ^[48]

A pandemia colocou em evidência a ameaça pré-existente ao bem-estar que muitos adultos mais velhos enfrentam devido ao isolamento social e à solidão. Assim, tomar medidas apropriadas para manter as ligações sociais e familiares, envolver-se em atividades saudáveis e gerir as emoções e os sintomas psiquiátricos pode ajudar a aliviar os efeitos negativos da solidão e do isolamento. ^[50] Além dos mais velhos, não podemos também esquecer os mais jovens e de como devemos encontrar formas de dar a estes um sentido de pertença dentro da família, bem como um sentido de pertença a uma comunidade maior. ^[48]

A COVID-19 distingue-se de outras pandemias devido ao acesso generalizado à tecnologia, que pode ajudar a aliviar a solidão e o isolamento, o que pode levar a problemas de saúde mental exacerbados. Para as pessoas mais idosas também pode ser aconselhado a manterem o contacto, seja a estar mais tempo com a sua família, mantendo o seu círculo social através da ajuda da tecnologia, devem também manter as necessidades básicas e atividades saudáveis assim como gerir as emoções e os sintomas psiquiátricos. ^[50] A utilização da tecnologia para socializar também pode proporcionar uma oportunidade valiosa para satisfazer as necessidades específicas das crianças e adolescentes. ^[46] A tecnologia deve ser utilizada para aumentar a consciência ao autocuidado e a utilização de técnicas de promoção do bem-estar. O autocuidado foi identificado como uma prática crítica para os profissionais de saúde comportamental. ^[46]

4.2. Perda de rendimentos

As crises económicas têm um impacto significativo no bem-estar mental e psicológico da população, particularmente daqueles que foram diretamente afetados. As questões de saúde

mental estão ligadas a certos determinantes da saúde da população, tais como a desigualdade, a pobreza, a privação e outras métricas sociais e económicas. Embora seja difícil determinar a relação causal entre estes fatores, os dados existentes mostram que a má saúde mental está associada a uma tensão financeira significativa, dívida e desemprego. ^[51]

Em torno do planeta, milhões de pessoas perderam os seus empregos em resultado das medidas restritivas relacionadas com a pandemia da COVID-19, ^[54] estimando assim que dezenas de milhões de pessoas caíam na pobreza extrema. Segundo a OMS e as Nações Unidas em Junho de 2020, havia 690 milhões de pessoas subnutridas, número esse que deverá aumentar em 132 milhões. Milhões de empresas estão em risco de falir, e mais de metade dos 33 mil milhões de trabalhadores do mundo arriscam perder os seus empregos ^[53].

De acordo com os dados disponíveis, a pandemia da COVID-19 agravou as disparidades de saúde e cuidados de saúde entre as comunidades de cor e as populações socialmente desfavorecidas e mal servidas, que suportaram um fardo desproporcionado em termos de aumento de infeções, hospitalização, mortalidade, e aumento dos riscos de saúde. ^[52] Visto que a má saúde mental é tanto uma causa como um fator de risco de desemprego. O impacto negativo a curto e longo prazo da pandemia COVID-19 na saúde mental entre veteranos e civis resultou muito provavelmente em perdas adicionais de emprego para além das causadas por fatores económicos. ^[54]

De acordo com *Rohde et al.*, (2016) os efeitos negativos na saúde podem ser atribuídos a alterações na insatisfação financeira, sentimentos de insegurança no emprego, incapacidade de gerar fundos de emergência, risco de mobilidade descendente dos rendimentos, e a probabilidade de não ser capaz de fazer face a despesas familiares normais no futuro. ^[55] Assim sendo é de esperar que neste cenário de pandemia se verifique uma diminuição na saúde não só física, mas também mental.

Assim e conforme o estudo realizado por *Gopal et al.*, (2021) em Dezembro de 2020, mais de 108 milhões ou 55,5% dos adultos norte-americanos declararam que eles ou alguém do seu agregado familiar sofreu uma perda de rendimentos de emprego desde 13 de Março de 2020. ^[52] Notou também que durante a pandemia, a prevalência de depressão grave aumentou de 10,2% em Abril para 11,6% em Agosto e 15,8% em Dezembro. As perdas de rendimento relacionadas com o emprego devido à pandemia foram associadas a um aumento de 58 a 64% na prevalência de saúde precária e depressão grave, particularmente entre os grupos étnicos e socialmente desfavorecidos, onde a prevalência de saúde precária e depressão grave é mais elevada. ^[52]

Contudo este estudo tem algumas limitações, uma delas é que o US Census Bureau's Household Pulse Survey (HPS) não recolhe dados sobre vários fatores que podem ajudar a explicar a crescente prevalência de problemas de saúde física e mental associados à perda de emprego/rendimento durante a pandemia, outra limitação é que o detalhe étnico no ficheiro de uso público é limitado. Outra limitação diz respeito ao facto de o HPS ser um inquérito transversal e como tal a causalidade não pode ser inferida, além disso, quando comparado com o inquérito da Comunidade Americana, os inquiridos do HPS são mais suscetíveis de serem mulheres, brancos não hispânicos, e terem um nível de educação mais elevado.

Como conclusão o autor verificou que quando comparado com aqueles que não sofreram perdas de emprego/rendimento, a prevalência de saúde geral deficiente e depressão grave aumentou muito mais rapidamente (de 50% para 120%) entre aqueles que perderam recentemente empregos desde as fases iniciais da pandemia (10% para 25%).^[52]

O mesmo aconteceu no estudo de Emre *et al.*, (2021) que verificou existir uma associação entre os fatores de saúde mental e a perda de emprego, tanto em veteranos como em civis. Além disso, verificou que os veteranos e civis com níveis mais elevados de ansiedade, depressão e solidão eram mais propensos a perder os seus empregos.

Tal como o estudo anterior este também tem as suas limitações como, por exemplo este estudo, tal como o anterior, se tratar de um estudo transversal. Outras limitações são que apesar de a amostra ser diversa e retirada de todas as regiões dos Estados Unidos, não foi utilizada nenhuma amostra estratificada, e a amostra pode não ser representativa a nível nacional. Existem também fatores externos relacionados com o desemprego que não foram considerados, tais como o crescimento crescente da automatização do emprego. Os dados foram recolhidos por medidas de auto-relato, suscetíveis de viés e por último foi utilizado um único item para medir a perda de emprego entre os participantes, o que pode ser mais suscetível a erros de medição.^[54]

Outro estudo feito em Calabar, Cross River State (Nigéria) por *Angioh et al.*, (2021) também concluiu que a pandemia de covid-19 teve um impacto significativo no rendimento familiar e na saúde. Neste estudo maioria dos inquiridos eram homens, e a maioria deles tinha entre os 18 e os 40 anos. Verificou que 89,2% dos inquiridos relataram uma diminuição dos rendimentos como resultado da pandemia de Covid-19. Devido à perda de rendimentos, 83,6% dos inquiridos afirmaram ter lutado para sobreviver durante a pandemia.

O autor verificou ainda que de acordo com provas de saúde mental, 25,9% dos inquiridos diz que a pandemia teve um impacto psicológico na saúde mental das pessoas. Os resultados revelaram que a pandemia teve um impacto significativo na saúde mental de Calabar e que tal deve-se ao facto de o valor r calculado de -0,252.^[53]

Por fim os resultados destes 3 estudos analisados demonstram que existiu um impacto na saúde mental não só dos mais idosos, mas também nos adolescentes, resultado desta pandemia de Covid-19.

Na primeira fase da pandemia, a carga económica, particularmente os problemas financeiros auto relatados, estavam associados a todos os resultados negativos para a saúde mental, incluindo sintomas de depressão, ansiedade, e perceção de stress. As políticas de resposta à recessão dos países deveriam dar prioridade à assistência às pessoas que sofrem de stress económico e desemprego. Os indivíduos que necessitam desesperadamente dessa assistência devem ser compensados e reembolsados o mais rapidamente possível.^[51]

4.3. Luto/Perda de uma pessoa

O luto é uma parte inevitável da vida, e muitas crianças tiveram uma experiência de luto, com uma prevalência de até 90 por cento registada até à idade de término dos estudos quando incluídos animais de estimação. A morte de um dos progenitores ocorre em cerca de 3% a 5% da população adolescente. ^[57]

O luto familiar (a morte de um dos pais ou irmãos) está associado a problemas de saúde mental em cerca de 25% das crianças afetadas. ^[59] A morte de um familiar é frequentemente um stress de vida significativo, com consequências nos domínios emocional, físico, comportamental, cognitivo, social, espiritual e financeiro. Embora a resposta de luto de cada pessoa ao luto seja única, há um reconhecimento crescente de que o luto pode causar angústia psiquiátrica contínua em algumas pessoas. ^[58]

Embora o luto após qualquer morte possa ser um acontecimento perturbador da vida com consequências para a saúde física e mental, relações e funcionamento social, também pode ser associado ao crescimento pessoal sob a forma de uma maior apreciação da vida, outros, e forças emocionais, ^[61] assim aprender a como lidar com o luto é uma importante habilidade tanto para jovens como para adultos. ^[57]

Assim para ultrapassar a perda de um familiar devem ser seguidos certos passos como a aceitação, trabalhar através da dor do luto, adaptar à vida sem o familiar falecido e, finalmente, formar uma nova e apropriada ligação com o falecido que permita à pessoa que está em luto seguir com as suas vidas e reinvestir as suas emoções. ^[57]

As discussões e a participação na tomada de decisões são componentes fundamentais na assistência às famílias e aos prestadores de cuidados na preparação para o fim da vida. A falta de preparação para a morte está associada a um luto mais complicado após a morte. ^[60] Os funerais foram cancelados, ou com número de participantes severamente limitados. O seu valor em reunir a rede social para dizer adeus e oferecer apoio pode ser diminuído.

A relação entre profissionais de saúde, doentes e famílias beneficia geralmente as discussões sobre o fim de vida, mas as circunstâncias atuais podem limitar a comunicação entre todas as partes. Quando existe distância social, a tecnologia pode proporcionar formas alternativas de comunicação apesar de que estas opções podem ser difíceis ou impossíveis para muitas pessoas idosas frágeis. ^[60]

A pandemia Covid-19 antecipou e resultou a morte de muitas pessoas não só idosas, mas também de adultos mais jovens. Durante a pandemia, houve também um aumento de mortes por outras causas, o que foi por vezes atribuído ao atraso do tratamento de outras doenças potencialmente fatais ou à incapacidade de prestar cuidados de saúde para evitar a infeção. Como resultado, o número de pessoas em luto aumentou. ^[62]

A situação de luto do COVID-19 inclui muitos fatores que foram anteriormente associados a maus resultados de saúde mental e/ou física (embora a resiliência das pessoas também tenha sido realçada). ^[62]

De acordo com *Aoun et al.*, (2015) existem três perfis de risco de luto: o primeiro de baixo risco (luto por um pai) e corresponde normalmente a pessoa em luto, tendo normalmente cerca de 60 anos e casada, enquanto nos dois grupos de maior risco, o falecido é muito mais velho (cerca de 80 anos) e geralmente um dos pais. O segundo é risco moderado (luto por um cônjuge) onde a pessoa em luto neste tem normalmente 63 anos e viúva. A idade do falecido é normalmente 69 anos. Por fim o terceiro grupo diz respeito a alto risco (luto por um cônjuge (de idade inferior) ou por um filho). Além disso, o autor notou que os resultados sugeriam que diferentes combinações de estratégias podiam ser utilizadas para satisfazer as necessidades de apoio das pessoas em luto a diferentes níveis. Em vez de uma abordagem única aos cuidados de luto, há vantagens em fornecer serviços de luto flexíveis e direcionados. Como limitação, como este estudo é um inquérito baseado na população, o recrutamento de familiares em luto dependia dos diretores funerários que queriam participar, e como tal os as pessoas selecionadas por estes podem diferir da população em geral em luto. ^[58]

Nobles et al., (2020) notou que a prevalência de condições de saúde mental deverá aumentar durante e imediatamente a seguir à pandemia COVID-19, sendo aqueles que perderam um membro da família particularmente vulneráveis à angústia psiquiátrica. ^[63]

Burrel et al., (2020) verificou que os funerais foram associados a benefícios significativos para os participantes em luto em cinco estudos observacionais e que o impacto positivo nas experiências de luto é descrito em maior detalhe nos seis estudos qualitativos. Verificou também que os restantes seis estudos observacionais, por outro lado, não encontraram associações mensuráveis. O autor analisou também que alguns estudos observacionais de qualidade variável encontravam benefícios associados à participação funerária, enquanto outros não. No entanto, a investigação qualitativa forneceu uma visão adicional útil, na medida que o benefício dos rituais pós-morte, incluindo funerais, tanto para adultos como para crianças, depende da capacidade da pessoa em luto em moldar estes rituais e dizer adeus de uma forma que seja significativa para eles, bem como se o funeral demonstra apoio social para as pessoas em luto. Nesta revisão destaca também o papel crítico desempenhado pelos diretores funerários e oficiantes na assistência às pessoas em luto na criação de funerais que são pessoais, significativos e expressivos de luto e apoio coletivo. Por fim o autor conclui que, no contexto da COVID-19, as restrições às práticas funerárias não implicam necessariamente maus resultados ou experiências para as pessoas em luto, ou seja, não é o número de participantes ou mesmo o tipo de funeral que determina o seu apoio, mas sim o quão significativa é a ocasião e quão ligada ela ajuda as pessoas em luto a sentirem-se. ^[56]

4.4. Abuso de substâncias

O abuso de substâncias é considerado como uma perturbação neuropsiquiátrica caracterizada por um desejo persistente de usar drogas, apesar das consequências negativas. O abuso de substâncias e as suas consequências são bem conhecidos como sendo uma questão de saúde pública significativa tanto para os jovens como para os adultos, com consequências de grande alcance para a sociedade no seu conjunto ^[70]. É uma grande preocupação de saúde pública mundial, com uma prevalência estimada de 20% - 25% das pessoas com 12+ anos sendo o álcool a substância mais

frequentemente utilizada, com um em cada três jovens adultos a admitir o consumo excessivo de álcool ^[71].

Muitos jovens passam cada vez mais tempo em casa de modo a reduzir o seu risco de infeção pela COVID-19. A exposição ao consumo de álcool e outras drogas, particularmente no seio familiar, pode ser um facto de risco para o uso de substâncias na adolescência. As perturbações do uso de substâncias na adolescência continuam a ser comuns e sub-tratadas. Todos os anos, apenas cerca de 8% dos adolescentes com idades entre os 12 e os 17 anos que satisfaçam os critérios, em pelo menos um distúrbio de uso de substâncias, recebem tratamento especializado. ^[69]

A pandemia COVID-19 e o seu respetivo confinamento deram origem a uma corrente oculta de vícios comportamentais suficientemente forte para afetar principalmente adolescentes e jovens adultos. ^[67] Além disso, como resultado da cópia inconsciente dos sentimentos de outras pessoas, a condição das pessoas com problemas psicológicos pode ter-se deteriorado durante a pandemia. Esta situação invulgar pode ter empurrado mais pessoas para comportamentos desviantes associados ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas, e pode ter proporcionado uma oportunidade aos traficantes para atrair novos clientes. ^[64]

Quando as pessoas passam por um aumento em termos de sofrimento psicológico, podem recorrer a mecanismos impróprios como o consumo de álcool e drogas, o jogo, e o consumo excessivo de alimentos. Mais de metade dos adultos nos Estados Unidos relataram que a pandemia teve um impacto negativo na sua saúde mental. Os americanos voltaram-se para a alimentação para aliviar o stress, para além de drogas, álcool e jogo. ^[65]

As pessoas que consumiam álcool ou usavam drogas recreativas antes da pandemia aumentaram significativamente o seu consumo nos Estados Unidos e no Canadá durante esta. De acordo com inquéritos, o consumo de álcool, cannabis, e outras drogas aumentou. Os aumentos do uso de substâncias estão associados à ansiedade ou angústia acerca da COVID-19, e o uso de substâncias é uma forma comum e relatada de lidar com as preocupações relacionadas com a pandemia. ^[66]

Taylor et al., (2020) verificou no seu estudo que a grande maioria dos inquiridos 69% a que corresponde n=2,128 disse ter consumido álcool durante a pandemia. 23% das pessoas que beberam álcool antes da pandemia disseram que o seu consumo aumentou. As pessoas que consumiram drogas recreativas durante a pandemia (16%, n=495) referiram que o seu consumo aumentou desde o início da pandemia.

Verificou também que a idade foi uma exceção notável, com os adultos mais jovens a exibirem níveis mais elevados de consumo e abuso de álcool e drogas quando comparados com os indivíduos mais velhos. Viu também que o uso de substâncias aumentou significativamente para pessoas que usavam drogas recreativas ou álcool antes da pandemia, e que muitas pessoas aumentaram o uso de substâncias para lidar com o autoisolamento. ^[66]

Avena et al., (2021) no seu estudo afirma que os dados do primeiro trimestre de 2020 mostravam o impacto da COVID-19 no abuso de substâncias nos Estados Unidos e que de Janeiro a Março de 2020, 19.146 pessoas morreram em resultado de uma overdose, em comparação com 16.682 no mesmo trimestre em 2019. Notou também que desde o início da pandemia, 20% dos inquiridos

relataram um aumento na utilização de substâncias, e 1% foram afetados por uma overdose fatal.^[65]

Uma análise realizada pela NielsenIQ, em 2020, verificou que as vendas de álcool aumentaram 21% durante o período de sete semanas de impacto da COVID-19 que terminou a 18 de Abril, enquanto as vendas de álcool em linha aumentaram 234%^[72].

Durante a pandemia, muitas pessoas recorreram ao álcool para lidar com a ansiedade e incerteza devido ao isolamento e dificuldades financeiras. O álcool estimula temporariamente as regiões de recompensa do cérebro, encorajando o consumo de álcool, contudo, ao longo do tempo, o álcool piora geralmente os sintomas de ansiedade e depressão, levando ao seu consumo excessivo.^[65]

Os toxicodependentes enfrentam atualmente um conjunto único de desafios, incluindo uma maior marginalização, dificuldades de acesso a cuidados de saúde específicos, restrições impostas à toxicodependência, o encerramento de instalações de tratamento de toxicodependência, um risco acrescido de sintomas de abstinência com risco de vida, e o uso ilícito de opiáceos. Embora tenha sido proposto o relaxamento das restrições à disponibilidade de opiáceos com receita médica, uma estratégia de autoinjecção doméstica, e formulações de ação prolongada de metadona e buprenorfina para abordar estas questões, existe também um receio de overdose.^[67]

O acesso ao tratamento de uso de substâncias pode ser dramaticamente aumentado com o impulso da tele saúde fornecido pela COVID-19, especialmente quando integrado com os cuidados primários e ambientes comunitários. A integração remota permite que os serviços de tratamento alarguem o seu âmbito, apoiando as pessoas com distúrbios de uso ligeiro a moderado de substâncias, ao mesmo tempo que prestam cuidados cara-a-cara aos que se encontram mais acima na continuidade dos cuidados.^[68]

A teleterapia pode oferecer às pessoas que anteriormente tinham dificuldade em comparecer a consultas uma maior flexibilidade, um maior sentido de anonimato do que os serviços presenciais, e acesso 24h/7dias em apoio social.^[65]

Além disso, a mudança para os cuidados virtuais também proporciona uma oportunidade de chegar aos adolescentes que de outra forma poderiam não conseguir aceder pessoalmente aos programas. As instituições e organizações profissionais devem ser encorajadas a investir em programação virtual baseada em grupos, tais como um programa de hospitalização parcial a curto prazo ou o estabelecimento de serviços ambulatoriais intensivos.^[69]

Resumindo, a pandemia COVID-19 alterou significativamente o tratamento da saúde mental, e embora a terapia online possa ter alguns inconvenientes, também oferece novas oportunidades.

4.5. Violência doméstica

A violência doméstica é frequentemente definida como abuso físico ou emocional que pode incluir violência do parceiro íntimo, abuso de idosos, abuso de crianças e animais de estimação. Sabe-se que a violência doméstica tem várias consequências a longo prazo e é um facto de risco para uma

variedade de problemas de saúde mental, incluindo distúrbios de humor, distúrbios de ansiedade, distúrbios alimentares, distúrbios de stress pós-traumático, e abuso de substâncias ou álcool. [78]

Embora qualquer dos géneros possa cometer violência doméstica, as mulheres, geralmente, são quase sempre as vítimas, especialmente nas sociedades mais conservadoras. A violência do parceiro íntimo é definida pela Organização Mundial de Saúde como "qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais a pessoas na relação; inclui agressão física, abuso psicológico, relações sexuais forçadas, e outras formas de coerção sexual, bem como outros comportamentos de controlo". [75]

Além disso, espera-se que as catástrofes naturais criem fatores de risco de violência familiar, tais como o aumento da ansiedade e do stress, uma mudança súbita na rotina, desemprego, encerramento de escolas entre outras coisas. A violência doméstica frequentemente aumento significativamente após um evento catastrófico, de acordo com estudos enquanto outras formas de crime violento podem ou não ser influenciadas por epidemias globais. [78]

Nos 12 meses anteriores, 243 milhões de mulheres e raparigas dos 15 aos 49 anos foram vítimas de violência sexual e/ou física perpetrada por um parceiro íntimo em todo o mundo. O número é suscetível de aumentar em resultado da pandemia da COVID-19, visto que as preocupações e tensões sobre segurança, saúde e dinheiro são exacerbadas pelas condições de vida apertadas, tendo sido comunicados casos crescentes de violência doméstica e de procura de abrigos de emergência no Canadá, Alemanha, Espanha, Reino Unido, e os Estados Unidos da América. [76]

Sem dúvida, esta violência tem um impacto negativo significativo no bem-estar físico, emocional e mental da população feminina. Além disso, a violência doméstica tem uma relação bidirecional com a saúde mental e está associada a uma variedade de resultados de saúde mental, por exemplo, a severidade e a duração da violência física íntima estão associadas à frequência e à gravidade dos sintomas depressivos. [75]

Ferrari et al., (2014) conclui no seu estudo que as mulheres vítimas de violência doméstica e abuso que procuram ajuda sofreram recentemente de altos níveis de depressão, ansiedade e, em particular, de stress pós-traumático. Para isso recorreu aos dados de 260 mulheres residentes em Bristol e Cardiff. Verificou também não só uma ligação positiva e bem estimada entre o aumento da exposição a abusos e os sintomas de depressão ou ansiedade, mas também que a razão de probabilidades não ajustados indicavam uma ligeira relação positiva entre a exposição ao abuso e a depressão e que as associações de ansiedade e stress pós-traumático são estimadas com maior precisão do que as associações de depressão. [73]

Liu et al., (2018) também chegou à conclusão de que a violência doméstica tinha um impacto significativo na saúde mental das vítimas no curto prazo de quatro semanas e que as vítimas de violência doméstica têm níveis mais elevados de depressão, maior risco de suicídio, e menor satisfação de vida. Descobriu também que as vítimas de violência por parte de parceiros íntimos tinham taxas de depressão mais elevadas após a sua primeira experiência de violência doméstica. Além disso, verificou que, as vítimas de abuso infantil tinham níveis mais elevados de depressão e níveis mais baixos de satisfação de vida e que as testemunhas de violência doméstica apresentavam

um risco mais elevado de suicídio. Contudo, este estudo tem algumas limitações como, por exemplo, a fiabilidade das experiências de violência doméstica relatadas pelos utilizadores. Os utilizadores do Weibo serviram de base para esta análise, sendo assumido que a experiência de violência doméstica reportada era exata. ^[74]

Mais recentemente, Piquero *et al.*, (2021) após análise de 18 estudos com um total de 37 estimativas, revelou um aumento significativo de denúncias de violência doméstica, em particular, 29 das 37 estimativas dos estudos demonstraram um aumento significativo. Concluiu também que havia fortes indícios de que os incidentes de violência doméstica aumentaram em resposta a ordens de permanência em casa/confinamento. Verificou também que existiam fortes evidências que sugerem que a saúde física e mental das mulheres, incluindo o risco de violência doméstica pela primeira vez ou em maior escala, está ligada às consequências de catástrofes naturais e epidemias, tais como isolamento social, insegurança económica, e um aumento das relações e conflitos familiares. ^[77]

Assim para combater este problema crescente os governos precisam de lançar uma campanha a nível nacional para aumentar a consciencialização sobre a violência doméstica, por noticiários, estações de rádio e plataformas de comunicação social, assim a violência doméstica e as suas consequências para a saúde mental devem ser formalmente integradas nos planos de preparação da saúde pública e de resposta de emergência em caso de pandemia. COVID-19. ^[76]

Para isto, Malik *et al.*, (2020) propõe 15 recomendações políticas das quais podemos destacar, por exemplo, “em tempos de isolamento social e distanciamento, as mulheres devem dispor de serviços inovadores de apoio de aconselhamento em situações de crise. Isto pode ser conseguido através da utilização de tecnologia em telefones inteligentes e na Internet para melhor apoiar a saúde mental através de aplicações que forneçam aconselhamento gratuito sobre saúde mental. Criar *blogs* ou *vlogs* que encorajem as pessoas a contactar os conselheiros para falar sobre o stress diário e como lidar com ele.”, “Criação imediatamente uma base de dados nacional para registar os casos denunciados de violência contra mulheres detidas.”, “Mecanismos infalíveis para avaliar os programas de justiça de género geridos pelo governo e para determinar se as necessidades das mulheres são satisfeitas por ações políticas.”, entre outras. ^[78]

5. Impacto do confinamento na saúde mental na população geral

Na sequência da rápida e incontrolável propagação da pandemia, muitos governos decidiram restringir severamente a vida pública e privada de modo a impedir que o vírus se espalhasse ainda mais. ^[81] O confinamento de cidades, regiões, ou nações inteiras são utilizados na maioria dos países para reduzir a propagação do vírus. Espera-se que as consequências destas medidas de contenção alterem o ambiente psicossocial nos países afetados e tenham um impacto negativo significativo na saúde mental ^[82] O medo de contrair a doença e de morrer, a perda do sustento e dos entes queridos, a incerteza e a preocupação com o futuro, a discriminação social, e a separação das famílias e dos prestadores de cuidados são algumas das consequências psicopatológicas. Como

resultado, a atual pandemia representa uma forma nova, complexa e multifacetada de stress psicossocial, distinta de outras catástrofes naturais. ^[80]

O encerramento a nível nacional de escolas e faculdades teve um impacto negativo em mais de 91% da população estudantil mundial. As crianças e adolescentes que estiveram confinados em casa sentiram incerteza e ansiedade como resultado de perturbações na sua educação, atividades físicas, e oportunidades de socialização. Por não poderem brincar fora de casa, encontrar amigos, ou participar em atividades escolares presenciais, algumas crianças expressaram níveis mais baixos de afeto. ^[79]

Os resultados que são apresentados na tabela 1 referem-se aos impactos do confinamento em tempos de COVID-19 na saúde mental. Dos 8 estudos apresentados, 6 verificaram que durante a quarentena, o estado de saúde mental das pessoas, terá sido afetada negativamente. Os dois estudos que refutam esta ideia foram ambos realizados na Alemanha, um utiliza uma amostra de 258 regiões alemãs enquanto o outro estudo retira a sua amostra de uma única região alemã. *Sachser et al.*, (2021) verificou que os participantes avaliados durante o confinamento reportaram sintomas psicopatológicos significativamente mais baixos, correspondendo a uma diferença média de 1,27 pontos na escala BSI, indicando um pequeno efeito. No geral, as conclusões deste estudo contradizem a crença generalizada de que as medidas de confinamento têm um impacto negativo imediato na saúde mental, mas, contudo, este estudo baseia-se em efeitos psicossociais de curto prazo, que se limitam às primeiras semanas após a implementação das medidas de confinamento. A população ainda se encontrava na fase exploratória dos efeitos do confinamento, sem conhecimento ou capacidade de prever quanto tempo estas medidas estariam em vigor. ^[82]

Como ponto forte, este estudo utilizou um procedimento de amostragem aleatória, o que reduziu o risco de enviesamento. Outro ponto forte é a continuação da recolha de dados durante o confinamento, possível graças à implementação de medidas de higiene adicionais e à intensificação dos contactos telefónicos antes das entrevistas. Como limitações deste estudo, em primeiro, a conceção do estudo é transversal, impedindo uma análise detalhada da mudança ao longo do tempo nas populações ou indivíduos. Outras limitações foram que o BSI-18 tinha uma distribuição altamente enviesada resultando numa falta de sensibilidade na deteção de pequenos problemas psicológicos a nível da população. Por fim este estudo estava limitado às primeiras semanas, após a implementação de medidas de confinamento. ^[82]

No caso de *Mei et al.*, (2021), neste estudo verificou-se que o grupo 1 (8,3% da amostra, idade média de 28,05,9 anos, 86,8% de mulheres) tinha níveis elevados de disfunção mental no início da avaliação, que aumentaram até à semana 3 e depois diminuíram, regressando à linha de base na semana 6. O Grupo 2 (83,6% da amostra, idade média de 31,78,5 anos, 66,7% de mulheres) manteve ou melhorou a sua saúde mental. Por fim o Grupo 3 (8,1% da amostra, idade média de 32,79,2 anos, 73,7% mulheres) sofreu uma deterioração significativa da sua saúde mental a partir da semana 3. As medidas de confinamento resultaram numa redução dos fatores de stress, tais como menos deslocações ou menos carga de trabalho, para os Grupos 1 e 2. No entanto, entre os participantes inicialmente saudáveis, verificou-se que um grupo vulnerável cuja saúde mental deteriorou-se durante a avaliação. A existência deste "grupo vulnerável" pode explicar o aumento de perturbações mentais observado em alguns estudos transversais. ^[81]

Tabela 1- Impacto do confinamento em tempos de COVID-19 na saúde mental

AUTOR (ANO)	PARTICIPANTES	IDADE	MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL	CONCLUSÕES
<i>ALARCÓN et al., (2021)</i> ^[86]	Participantes do UK Household Longitudinal Study n= (8164 de Inglaterra, e 915 da Escócia)	Média de idade: 54.95 anos	General Health Questionnaire (GHQ-12)	Levantamento da ordem de Permanência em Casa foi associado à melhoria da saúde mental, após uma grande deterioração após o início da pandemia.
<i>RAMIZ et al., (2021)</i> ^[87]	Pessoas convidadas via mail na França e nos territórios ultramarinos franceses n= (1237 participantes)	23-93 anos	Depressão- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Ansiedade- Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7)	A saúde mental deteriorou-se durante o encerramento em França durante a crise da COVID-19 de 2020
<i>AVIÑÓ et al., (2020)</i> ^[85]	Participantes de Espanha n= (7053)	Média de idade: 44,8±13,8 anos	Ansiedade- Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD-7); Depressão- Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	As mulheres e os jovens tiveram piores resultados em termos de saúde mental durante o confinamento.
<i>KOCHHAR et al., (2020)</i> ^[84]	Participantes de New Delhi que concordaram em participar n= (992)	21-65 anos	-	As quarentenas mais longas têm uma correlação direta com os resultados da saúde mental e a duração do confinamento é um fator de stress predominante que afeta a saúde mental dos indivíduos.
<i>ROSSI et al., (2020)</i> ^[83]	Uma sondagem realizada na web em Itália n= (18148 participantes)	Média de idade: 38 anos	PTSS- post-traumatic stress symptoms subscale (GPS-PTSS); Depressão- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Ansiedade- Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7); Insónia- Insomnia Severity Index (ISI); Stress- Perceived Stress Scale (PSS)	Altas taxas de resultados negativos para a saúde mental na população geral italiana três a quatro semanas após a COVID- 19 medidas de pandemia e de confinamento.
<i>SACHSER et al., (2021)</i> ^[82]	Amostra obtida através da cooperação com um instituto profissional de	Média de idade:	BSI-18	Os participantes incluídos após a introdução de medidas de confinamento reportaram significativamente menos problemas de saúde mental do que os

	investigação demográfica (USUMA) n= (2503)	49,53 anos		participantes incluídos antes do confinamento
<i>MEI et al., (2021)</i> ^[81]	Participantes no LORA (Longitudinal Resilience Assessment), realizado na região de Rhine-Main n= (523)	Média de idade: 31.5±8.4 anos	Versão alemã do General Health Questionnaire (GHQ-28)	Refutou a visão de que o confinamento por se tem um efeito negativo sobre a saúde mental, mas sim afeta um grupo vulnerável de indivíduos, enquanto a grande maioria das pessoas permanece saudável ou mesmo melhora o seu bem-estar mental.
<i>FIORILLO et al (2020)</i> ^[80]	Participantes do estudo COMET realizado em parceria com 10 universidades italianas n= (20720 participantes)	-	Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21)	Os níveis de ansiedade, depressão e sintomas de stress aumentam com o tempo, sendo mais graves nas últimas semanas do encerramento

6. Impacto na saúde mental dos profissionais de saúde

Os grandes surtos epidémicos colocam uma tensão crescente sobre os trabalhadores do sector da saúde. ^[88] Esta pandemia criou uma situação difícil para os profissionais de saúde, particularmente aqueles que trabalham em hospitais que cuidam dos doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19, ^[92] sendo que enfrentaram, muitas vezes, uma série de questões clínicas e não clínicas, tais como a falta de equipamento de proteção pessoal, mortalidade e morbilidade associadas à COVID-19, o medo de espalhar o vírus aos membros da família, e a realidade de perder colegas devido à doença. ^[95]

Como resultado, os profissionais de saúde são mais propensos a sofrer de problemas psicológicos e mentais, assim, nesta situação crítica, a saúde mental dos profissionais de saúde deve ser considerada como uma preocupação urgente de saúde pública. ^[88]

Os resultados apresentados na tabela 2 referem-se aos impactos na saúde mental dos profissionais em tempos de COVID-19. Além disso, a tabela seguinte mostra as diversas medidas validadas utilizadas para avaliar os sintomas psicológicos. As características dos estudos incluídos revelaram que a maioria dos estudos avaliou apenas o estado psicológico dos profissionais de saúde durante a pandemia do SRA-CoV-2. O stress (6/7) foi o resultado mais estudado, seguido de depressão (5/7), ansiedade (4/7), bem-estar psicológico (1/7) e *burnout* (1/7).

O estudo de Antonijevic *et al.*, (2020) foi realizado com 1678 profissionais, sendo 684 profissionais de saúde da Sérvia, e teve como objetivo investigar o estado de saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia, avaliando os níveis de stress, ansiedade e sintomas de depressão. Os métodos de avaliação de saúde mental utilizados foram: a Escala de Stress Percebido (PSS), a Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) e a Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7). O autor verificou que em relação ao stress os médicos de primeira linha tiveram uma pontuação média de 18,40 ± 5,60; os médicos de segunda linha tiveram uma pontuação de 16,26 ± 5,77; os enfermeiros de primeira linha tiveram 19,69 ± 5,68; e os enfermeiros de segunda linha tiveram 18,73 ± 5,39. Em termos de ansiedade o que se verificou que os médicos de primeira linha foram

avaliados, $7,37 \pm 5,68$, os médicos de segunda linha, $5,31 \pm 4,93$, os enfermeiros de primeira linha, $9,58 \pm 6,57$ e os enfermeiros de segunda linha, $8,05 \pm 6,16$. Em termos de depressão o que se verificou foi que grupo dos profissionais de saúde teve como pontuação de depressão de $7,84 \pm 7,57$ e no grupo de outras profissões foi de $8,20 \pm 7,68$. O autor verificou também que os profissionais de saúde da linha da frente tiveram significativamente mais stress, ansiedade e depressão do que os profissionais de saúde de segunda linha. ^[92]

Outro estudo realizado em Itália por Tella *et al.*, (2020) analisou a resposta de 145 profissionais de saúde. Os métodos de avaliação usados foram: State-Trait Anxiety Inventory-Form Y1, Beck Depression Inventory, e PTSD Checklist for DSM-5. O que o autor verificou foi que, tal como no estudo anterior, em termos de avaliações psicológicas, os profissionais de saúde que trabalham nas enfermarias COVID-19 relataram níveis mais elevados tanto de sintomas depressivos como de PTSS do que os profissionais de saúde que trabalham em instalações não COVID-19. Verificou também que o género e o estado civil foram estatisticamente significativos entre os cinco preditores. O género feminino e o facto de não se encontrar numa relação, estava associado a níveis mais elevados de sintomas depressivos. Para o Síndrome do Stress Pós-Traumático a idade e o género foram os únicos dois preditores que foram estatisticamente significativos. Assim ser do género feminino e mais velhos foram associados a níveis mais elevados de Síndrome do Stress Pós-Traumático.

Estes resultados podem ser explicados pela propagação implacável do vírus, a falta de descanso adequado, a constante ameaça de infeção, a carga de trabalho, a falta de equipamento médico de proteção e o frequente isolamento da família já que estes são fatores que podem contribuir para um elevado risco de condições de saúde mental agudas nos trabalhadores da saúde ao longo do tempo. ^[89]

No conjunto de todos os estudos analisados na tabela abaixo (tabela 3) podemos concluir que enfermeiros, mulheres, trabalhadores da linha de frente dos cuidados de saúde, e pessoal médico mais jovem relataram níveis mais elevados de todos os sintomas psicológicos.

Tabela 2- Impacto na saúde mental dos profissionais em tempos de COVID-19

Autor	Participantes	Idade	Método de avaliação da saúde mental	Conclusões
<i>Tella et al., (2020)</i> ^[89]	Inquérito online realizados na Itália n= (145 profissionais de saúde (72 médicos e 73 enfermeiros))	23-64 anos	Ansiedade- State-Trait Anxiety Inventory-Form Y1 (STAI Y1); Depressão- Beck Depression Inventory (BDI-II); PTSS- PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Os profissionais de saúde que trabalham nas enfermarias COVID-19 relataram níveis mais elevados de sintomas depressivos e PTSS do que os que trabalham em outras unidades de saúde.
<i>Chatzitofis et al., (2021)</i> ^[90]	Inquérito online realizados no Chipre n= (424 profissionais de saúde)	21-76 anos	Depressão- Patient Health Questionnaire (PHQ-9); PTSS- Impact of Events Scale Revised (IES-R)	A saúde mental deteriorou-se durante o encerramento em França durante a crise da COVID-19 de 2020

<i>Cao et al., (2020)</i> ^[91]	Profissionais de saúde de uma clínica na China n= (37 (16 médicos, 19 enfermeiros, e 2 técnicos clínicos))	Média de idade: 32.8 ± 9.6 anos	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Maslach Burn-out Inventory (MBI)	Os profissionais estavam sob grande tensão, no entanto, em geral, os níveis de angústia emocional e de burnout não foram muito elevados.
<i>Antonijevic et al., (2020)</i> ^[92]	Voluntários que responderam ao questionário realizado na plataforma online 1KA n= (1678 participantes, 684 dos quais profissionais de saúde)	Média de idade: 40.38 ± 10.32 anos	Depressão- Beck Depression Inventory IA (BDI-IA); Ansiedade- Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7); Stress- Perceived Stress Scale (PSS)	Os níveis de ansiedade, depressão e stress durante a pandemia da COVID-19 são mais elevados no pessoal médico que trabalha com pacientes da COVID-19 do que no pessoal médico de segunda linha, e que a probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade mais graves duplica no pessoal médico de primeira linha.
<i>Sandesh et al., (2020)</i> ^[92]	Todos os profissionais de saúde colocados nas enfermarias de isolamento da COVID-19 em vários hospitais de Karachi, Paquistão n= (112 participantes)	-	Depressão, ansiedade e stress- Depression Anxiety Stress Scale - 21 (DASS-21)	Foram observados elevados níveis de ansiedade, stress e depressão entre os profissionais de saúde, o que é motivo de preocupação.
<i>Badahdah et al., (2020)</i> ^[93]	Inquérito na web aos profissionais de saúde em Oman n= (315 enfermeiros e 194 médicos)	Média de idade: 37.67 anos	Ansiedade- Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7); PSS- Perceived Stress Scale (PSS-10); bem-estar psicológico subjectivo global- The World Health Organization Perceived Well-Being Index (WHO-5)	A saúde mental dos profissionais da saúde tem sido duramente afetada e prevê-se que continuará a ser afetada num futuro previsível.
<i>Hummel et al., (2021)</i> ^[94]	Participante de 8 países Alemanha, Reino Unido, Espanha, França, Portugal, Áustria, Itália e Suíça n= (609, sendo 354 participantes profissionais de saúde)	18-84 anos	Stress- Depression Anxiety Scales-21 (DASS-21)	A maioria dos médicos e enfermeiros relataram um nível normal a ligeiro de tensão psicológica, mas cerca de um terço expressou um nível de angústia moderado a extremamente grave.

7. O estigma da saúde mental e como a tentar combater

Uma das barreiras mais frequentemente identificadas nos cuidados de saúde mental é o estigma. O estigma da saúde mental tem sido definido como uma atitude negativa e incorreta para com uma pessoa, semelhante ao preconceito ou estereótipo negativo, que leva a uma ação negativa ou discriminação. Altos níveis de estigma de saúde mental têm sido ligados a experiências e resultados negativos, bem como influenciando o comportamento, fazendo com que os doentes evitem procurar ajuda ou não cumpram plenamente as recomendações de tratamento. ^[96]

Devido ao estigma associado à doença mental, as pessoas com sintomas de doença mental estão relutantes em procurar ajuda, pois têm medo de ser rotuladas como "doentes mentais", trazendo uma avaliação negativa, rejeição, e até discriminação por parte de outros. Assim, os indivíduos que abrigam o estigma da doença mental podem ter uma menor probabilidade de procurar ajuda para questões de saúde mental, para não serem estigmatizados e rotulados. As pessoas com sintomas de doença mental hesitam em procurar ajuda porque têm medo de serem rotuladas como "doentes mentais", trazendo uma avaliação negativa, rejeição e até discriminação por parte dos outros. Os indivíduos que abrigam o estigma da doença mental podem ser menos propensos a procurar ajuda para questões de saúde mental por receio de serem estigmatizados e rotulados. ^[101]

O estigma é um conceito multifacetado que inclui rotulagem, estereótipos negativos, separação entre "eles" e "nós", perda de estatuto e a discriminação, tudo isto leva a múltiplas desigualdades, além disso, o estigma pode impedir o tratamento procurando de várias formas. ^[97] Ademais, atitudes negativas podem levar a comportamentos discriminatórios em relação a pessoas com doenças mentais, bem como ao isolamento social. Infelizmente, as pessoas sujeitas a atitudes estigmatizadas podem vir a interiorizar uma autoimagem negativa e experimentar sentimentos de vergonha. Atitudes negativas face ao tratamento e a vergonha associada a doenças mentais podem impedir os jovens adultos de procurar o tratamento necessário. ^[98]

Muitos aspetos do comportamento humano são governados pelo medo de ser estigmatizado, sancionado socialmente e desonrado. Em muitos casos, o medo do estigma não resulta numa mudança real do comportamento, mas antes leva as pessoas a esconder certos comportamentos ou ações. ^[99] O público em geral também discrimina as pessoas com doenças mentais em termos de habitação, emprego e outras oportunidades sociais, e opõem-se à criação de instalações de reabilitação nas suas comunidades. Este comportamento discriminatório e a distância social têm sido reações comuns entre o público em geral em relação a pessoas que sofrem de doenças mentais. ^[101] Várias características dos que fazem julgamentos podem influenciar as atitudes dos estudantes universitários relativamente aos serviços de saúde mental, bem como as suas perceções das barreiras e benefícios associados à procura de tratamento. ^[98]

O autoestigma, ou os meios pelos quais um indivíduo aceita pontos de vista estigmatizantes amplamente detidos por outros, pode também dissuadir a procura de tratamento. Os indivíduos com elevados níveis de discernimento que aceitam crenças estigmatizantes sobre doenças mentais podem ter menor autoestima e esperança para o futuro. O autoestigma pode ser acompanhado de uma baixa autoestima e autoeficácia, e os indivíduos podem ser desencorajados de recorrer ou utilizar práticas que facilitarão a inclusão e recuperação social. ^[97]

Os profissionais de saúde mental desconhecem frequentemente aspetos do seu próprio comportamento que contribuem para o estigma. Na verdade, as pessoas que procuram serviços de saúde mental classificam-nos frequentemente entre os mais estigmatizantes de todos os grupos. Embora a literatura nesta área seja limitada e muitas vezes qualitativa, os temas recorrentes incluem sentir-se punidos, apadrinhados e humilhados, ser falados como se fossem crianças, ser excluídos das decisões de tratamento, e ser assumidos como não tendo capacidade para tomar as suas próprias decisões. Outras questões incluem não receber informação suficiente sobre a sua

doença e opções de tratamento, negativismo, e, por vezes, sentir uma perceção de ameaça de tratamento coercivo, que se torna explícita em casos de cuidados obrigatórios. ^[102]

Haugen et al., (2017) na sua meta-análise observou que aproximadamente um em cada três socorristas é estigmatizado devido à sua saúde mental. Verificou também que as preocupações mais frequentemente que estavam relacionadas com o estigma eram os receios quanto à confidencialidade dos serviços e os receios de que a procura de serviços psicológicos tivesse um impacto negativo na carreira. ^[96]

Vidourek et al., (2014) no seu estudo recrutou 698 estudantes. Verificou também que as mulheres tinham menos probabilidades do que os homens de considerar as pessoas que vão ao terapeuta como mentalmente fracas, loucas, de acreditar que as pessoas com problemas de saúde mental deveriam lidar com os problemas por si próprias, de acreditar que as pessoas que vão ao aconselhamento são incapazes de resolver problemas, de acreditar que as pessoas que vão ao terapeuta são preguiçosas, e de acreditar que as pessoas que vão ao terapeuta diferem das pessoas normais de uma forma negativa. Além disso, os estudantes que tinham um membro da família ou amigo que tinha um transtorno de saúde mental eram significativamente menos propensos a ter atitudes relacionadas com o estigma do que os estudantes que não tinham um membro da família ou amigo que tinha um transtorno de saúde mental. ^[98]

Existem algumas abordagens de modo a tentar reduzir o estigma na população, por exemplo através das intervenções de sensibilização, já que estas são tipicamente multifacetadas e têm lugar numa altura específica do ano em que os principais interessados se reúnem para participar em atividades destinadas a sensibilizar o público para as questões de saúde mental. ^[103] Outra forma é por tentativas de educar de modo a combater mitos e desinformação sobre a natureza e prevalência das doenças mentais, melhorando assim os conhecimentos sobre saúde mental e a literacia global em saúde mental. As abordagens educacionais (ou baseadas na alfabetização) destinam-se principalmente a aumentar a consciência do significado das doenças mentais, bem como a melhorar o reconhecimento dos sintomas, a identificação precoce, e os comportamentos de procura de ajuda. ^[102] Além disso, os estudantes de saúde podem oferecer programas educacionais destinados a homens que forneçam informações sobre os benefícios do tratamento da saúde mental, bem como a importância de procurar ajuda quando necessário. ^[98]

Outra forma de tentar combater o estigma é através de uma reforma legislativa de modo a melhorar a proteção das pessoas com doenças mentais, e proporcionar alojamento em áreas como o emprego, educação e habitação. ^[100] E por fim atividades de sensibilização que visam combater as desigualdades criadas por estruturas sociais que, intencionalmente ou não, limitam os direitos das pessoas com doenças mentais. A sensibilização emprega uma variedade de técnicas, incluindo a divulgação de informação, educação, formação, ajuda mútua, aconselhamento, mediação, defesa e denúncia. O objetivo é assegurar que as pessoas com doenças mentais tenham acesso aos direitos e liberdades garantidos pela legislação, bem como proporcionar vias de recurso para políticas e procedimentos injustos. ^[103]

8. Tratamento Farmacológico

8.1. Antidepressivos

Os antidepressivos são fármacos utilizados para tratar a depressão. Podem também ser usados para tratar uma variedade de outros problemas, tais como o transtorno obsessivo compulsivo, o transtorno de ansiedade generalizada, e o transtorno de stress pós-traumático. Os antidepressivos são classificados em várias classes, de acordo com o mecanismo de ação e podem ser antidepressivos tricíclicos ou afins (amitriptilina, trazodona); inibidores da monoamina oxidase, inibidores seletivos da recaptção de serotonina (citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina) e outros antidepressivos (mirtazapina, venlafaxina).

As diferentes classes de antidepressivos têm como alvo diferentes neurotransmissores de modo a afetar o humor e o comportamento de formas ligeiramente diferentes. Na sinapse, pensa-se que todos os antidepressivos aumentam a serotonina, norepinefrina ou ambos. Os medicamentos antidepressivos visam a recaptção terminal dos nervos como uma das formas de aumentar estes neurotransmissores. ^[104]

Como regra geral, os médicos não devem prescrever dois antidepressivos em simultâneo. Recomenda-se geralmente começar com doses baixas e aumentar gradualmente para a dose alvo ao longo de um período de 7 a 14 dias. A mudança de um antidepressivo para outro deve ser efetuada com cautela. O tratamento deve ser reduzido gradualmente ao longo de um período de 2 a 3 meses. ^[104]

Durante a pandemia estima-se que o consumo deste tipo de fármacos fosse aumentar. Tal se confirmou por exemplo em Inglaterra que de acordo com o National Health Service o número de prescrições de antidepressivos feitas na prática geral entre 1 de Abril de 2020, e 30 de Setembro de 2020, foi 3,94% superior ao período correspondente em 2019 ^[170].

Outro estudo realizado por Lopez *et al.*, (2022) analisou o uso destes fármacos durante a pandemia, em Almeria, Espanha, e tal como o National Health Service observou um aumento da prescrição destes fármacos (3,7%) sendo que o maior aumento aconteceu em homens entre 45-54 anos com o aumento do consumo destes fármacos 8,8% superior quando comparado a 2019 ^[171].

Por fim de acordo com Levailant *et al.*, (2021) o uso de antidepressivos aumentou sendo que foi verificado que este aumento foi cinco vezes superior no grupo etário 12-18 e de quatro vezes superior no grupo dos 19-25 em comparação à faixa etária dos 26-50 ^[172].

8.1.1. Inibidor de recaptção de serotonina e noradrenalina

Os Inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (ISRSN) foram lançados durante os anos 80 e 90 estão entre as terapias medicamentosas mais bem-sucedidas para doenças psiquiátricas

sendo considerados tratamentos de segunda ou terceira linha, tendo em conta os dados de ensaio limitados disponíveis para apoiar a sua utilização ^[106, 107]. Os ISRSN funcionam, pois, inibem os transportadores de serotonina e norepinefrina, aumentando os níveis de serotonina e norepinefrina nas sinapses neurais, além disso, têm afinidade variável para os sistemas de serotonina e norepinefrina ^[105]. Como resposta terapêutica, esta é frequentemente lenta, requerendo várias semanas de tratamento. ^[106]

Este tipo de inibição da dupla recaptção é semelhante aos Antidepressivos Tricíclicos Clássicos, mas os ISRSN têm menos efeitos secundários graves. Alguns destes efeitos secundários incluem um aumento da ansiedade, insónia e agitação no início, bem como possíveis disfunções sexuais e dores de cabeça. ^[108]

A descontinuação de forma abrupta pode causar sintomas de abstinência da serotonina, tais como ansiedade, náuseas e perturbações motoras sendo a venlafaxina particularmente propensa a isto. Embora não haja uma dose ideal, os ISRSN devem ser gradualmente diminuídas ao longo de um período de várias semanas. ^[106]

Um exemplo de um fármaco desta classe é a venlafaxina libertação imediata que foi o primeiro ISRSN a ser comercializado nos Estados Unidos com o nome Effexor™ sendo aprovado pela FDA em 1993. ^[105]

A venlafaxina sofre uma metabolização extensa, principalmente ao metabolito activo O-metilvenlafaxina. As semi-vidas plasmáticas de Venlafaxina e ODV têm médias de desvio padrão de 5 ± 2 horas e 11 ± 2 horas, respetivamente. Após três dias de tratamento com doses orais múltiplas, as concentrações de venlafaxina e ODV atingem o estado estável.

A dose inicial recomendada de venlafaxina de libertação imediata é de 75 mg por dia, dividida em duas ou três doses com alimentos. Os doentes que não respondem a uma dose inicial de 75 mg/dia podem beneficiar de aumentos de dose até um máximo de 375 mg/dia. Os aumentos das doses podem ser feitos de duas em duas semanas ou mais.

O tratamento não deve ser abruptamente interrompido. Para reduzir o risco de sintomas de abstinência ao interromper o tratamento com venlafaxina, a dose deve ser gradualmente reduzida ao longo de um período de pelo menos uma a duas semanas. ^[109]

8.1.2. Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são um tipo de medicação que é comumente usada para tratar a depressão. Devido à sua segurança, eficácia e tolerabilidade, são frequentemente utilizados como farmacoterapia de primeira linha para adultos e crianças no tratamento da depressão e uma variedade de outros distúrbios psiquiátricos, sendo frequentemente utilizados para terapia de manutenção para evitar recaídas. ^[104,111]

Os ISRS foram a primeira classe de fármacos psicotrópicos concebidos racionalmente, o que significa que os investigadores utilizaram tecnologia de ligação de recetores in vitro para ter como

alvo um local de ação específico. ^[110] As ações terapêuticas desta classe baseiam-se num aumento da deficiência em serotonina, que os investigadores acreditam ser a causa da depressão na hipótese da monoamina. Os ISRS funcionam, pois, inibem a recaptação de serotonina, aumentando a atividade desta. Ao contrário de outras classes de antidepressivos, esta classe apresenta pouco efeito sobre outros neurotransmissores como a dopamina e a norepinefrina. O transportador de serotonina (SERT) no terminal axonal pré-sináptico é inibido pelos ISRS. Ao inibir a SERT, mais serotonina é retida na fenda sináptica, podendo estimular os recetores pós-sinápticos por um período de tempo mais longo. ^[104]

Devido à sua seletividade, os ISRS podem alcançar o seu efeito desejado, ou seja, a inibição da bomba de absorção de serotonina, não tendo nenhum efeito sobre outras proteínas transportadoras. Vários fármacos desta classe têm efeitos inibidores significativos e não intencionais sobre as enzimas citocromo P450, sendo que a fluoxetina, fluvoxamina, e paroxetina inibem significativamente pelo menos uma enzima CYP, o que pode resultar em interações medicamentosas significativas. ^[110]

A popularidade e utilização generalizada desta classe pode ser atribuída ao facto de terem menos efeitos secundários do que outras classes de antidepressivos. Os ISRS têm pouco ou nenhum efeito sobre a dopamina, norepinefrina, histamina ou acetilcolina (exceto para a paroxetina). Esta característica resulta em menos queixas sobre efeitos secundários como xerostomia, sedação, obstipação, retenção urinária, e deficiências cognitivas. Além disso, os ISRS podem também causar o alongamento do intervalo QT, o que pode resultar na arritmia. Embora rara, como acontece com todos os fármacos que aumentam a atividade da serotonina, é fundamental estar consciente do risco de síndrome da serotonina, especialmente quando se prescrevem múltiplos medicamentos. Outros efeitos adversos menos frequentes incluem aumento de peso, disfunção sexual, bruxismo, mioclonus e parestesia. ^[104,110]

Pode levar até 6 semanas para que os pacientes notem os efeitos do tratamento com esta classe. Se a dose atual for bem tolerada pelos doentes, o médico pode considerar aumentar a dose após algumas semanas. Alguns ISRS são mais prováveis do que outros de causar sintomas de abstinência após a descontinuação. O tempo necessário, a “potência” do medicamento, e a semivida do medicamento são fatores que influenciam a probabilidade de sintomas de abstinência, já que o cérebro é incapaz de “reequilibrar” os recetores após a descontinuação e como tal um fármaco com uma meia-vida mais curta é mais suscetível de causar a abstinência. ^[110]

8.1.3. Antidepressivos tricíclicos

Os antidepressivos tricíclicos são uma classe de medicamentos aprovados pela primeira vez para o tratamento da depressão em 1959. ^[113] Contudo, com a introdução de inibidores seletivos de recaptação de serotonina e outros novos antidepressivos, o uso de antidepressivos tricíclicos foi reduzido, embora ainda seja utilizado para tratar a depressão que não respondeu a agentes menos tóxicos. ^[116] Não são fármacos de primeira linha devido à toxicidade cardíaca em overdose, bem como atividades anticolinérgicas e anti-histamínicas que causam efeitos secundários típicos. ^[115]

A maioria dos antidepressivos tricíclicos têm a aprovação da FDA para o tratamento de distúrbios de depressão e ansiedade, mas também podem ser utilizados na profilaxia da enxaqueca, no tratamento da dor nevrálgica e no transtorno obsessivo-compulsivo. ^[114, 116]

Estas classes de fármacos atuam como antagonistas nos recetores alfa colinérgicos pós-sinápticos, muscarínicos, e histaminérgicos. A afinidade dos antidepressivos tricíclicos para cada um destes recetores é grandemente influenciada pela sua estrutura. A estrutura química de um antidepressivo tricíclico é uma estrutura de três anéis com uma amina secundária ou terciária ligada. As aminas terciárias tendem a bloquear mais absorção de serotonina, enquanto as aminas secundárias bloqueiam mais a absorção de norepinefrina. Dado que estes fatores afetam a afinidade e a ligação antidepressivo tricíclico-recetor, a combinação de diferentes estruturas de aminas e variações na composição química contribuem para os efeitos negativos observados com a utilização desta classe. ^[115]

Os efeitos secundários variam entre a classe, sendo a visão turva, boca seca, obstipação, retenção urinária, hipotensão, taquicardia, tremor, aumento de peso, e disfunção sexual são os mais comuns. Além disso, as aminas terciárias são mais sedantes do que as aminas secundárias com mais efeitos anticolinérgicos. Alguns efeitos podem provocar o desenvolvimento da tolerância ao longo do tempo. Se os efeitos secundários se tornarem um problema, a terapia pode ter de ser descontinuada ou as doses devem ser ajustadas. ^[114]

8.1.4. Inibidores da Monoamina Oxidase

A descoberta dos inibidores irreversíveis da monoamina oxidase (IMAO) aconteceu por acaso, como acontece com muitas outras descobertas psiquiátricas. O agente antituberculoso iproniazida, foi descoberto no início da década de 1950, verificando-se que tinha efeitos antidepressivos em doentes com tuberculose que sofriam de depressão. A iproniazida inibe a enzima MAO, que está envolvida no catabolismo da serotonina, noradrenalina, e dopamina, pouco depois de ter sido descoberto ter propriedades antidepressivas. ^[116] Os IMAOs são uma classe distinta de antidepressivos que tratam vários tipos de depressão, bem como outros distúrbios do sistema nervoso como transtornos de pânico, fobia social, e depressão com características atípicas. ^[118] Contudo, o entusiasmo pela sua eficácia foi limitado já que esta classe estava ligada a uma série de efeitos secundários, incluindo aumento de peso, insónia, sintomas de abstinência e, mais importante ainda, episódios de hipertensão induzidos por alimentos. ^[117]

A MAO é uma enzima chave na decomposição de monoaminas (serotonina, dopamina e noradrenalina) e vem em duas formas (isómeros): MAO-A e MAO-B. ^[119] MAO-A e B estão distribuídas diferentemente por todo o corpo. A atividade isozima da MAO é principalmente MAO-A na maioria dos tecidos periféricos, enquanto a atividade da MAO-B é predominante no cérebro. ^[116] Os inibidores da monoamina oxidase inibem a enzima monoamina oxidase. As IMAO impedem assim a decomposição destes neurotransmissores, aumentando os seus níveis e permitindo-lhes continuar a ter influência nas células afetadas pela depressão. ^[118]

Existem vários tipos de IMAOs, por exemplo, alguns inativam a enzima irreversivelmente, enquanto outros o fazem reversivelmente, além disso, algumas são não seletivas, enquanto outras são seletivas, inibindo quer a MAO-A quer a MAO-B. ^[119] A boca seca, náuseas, diarreia, obstipação, sonolência, insónia, tonturas, e/ou vertigens são os efeitos secundários mais comuns. Além disso, quando aplicado como adesivo, é possível verificar-se uma reação cutânea no local do adesivo. Para evitar quaisquer interações medicamentosas, recomenda-se que qualquer paciente programado para cirurgia que exija anestesia geral se abstenha de tomar IMAOs durante pelo menos dez dias antes da cirurgia. ^[118]

As interações medicamentosas são outra consideração importante para o uso de inibidores da MAO, visto que o seu metabolismo pode envolver diferentes isoformas de enzimas dependentes do citocromo P450, tal como muitas outras classes de medicamentos. ^[117] Devido ao risco de induzir a síndrome da serotonina, as IMAO não devem ser prescritas em conjunto com os Inibidores seletivos de recaptção de serotonina ou outras substâncias com efeitos significativos de inibição da recaptção de serotonina. Outros medicamentos com efeitos serotoninérgicos, tais como analgésicos e opiáceos, não devem ser prescritos concomitantemente enquanto algumas substâncias não prescritas, tais como a erva de São João devem ser evitadas. Os Triptanos são decompostos pela MAO-A, pelo que os IMAOs podem aumentar os seus níveis plasmáticos e como tal a prescrição de um triptano e de uma IMAO simultaneamente deve assim ser evitada. ^[119]

8.1.5. Antidepressivo noradrenérgico e serotoninérgico específico

Os antidepressivos noradrenérgico e serotoninérgico específico atuam como antagonista dos neurónios autorreceptores de noradrenalina, resultando num aumento da libertação desta nos terminais noradrenérgicos, bem como para os neurónios heterorreceptores de noradrenalina. O aumento da libertação de noradrenalina estimula o aumento dos neurónios serotoninérgicos através da estimulação de um recetor. ^[120]

Um exemplo de um fármaco desta classe é a Mirtazapina. A mirtazapina é um antagonista alfa 2 pré-sináptico com ação central que aumenta a neurotransmissão noradrenérgica e serotoninérgica. A mirtazapina bloqueia os recetores 5-HT₂ e 5-HT₃, pelo que o aumento da neurotransmissão serotoninérgica é especificamente mediado pelos recetores 5-HT₁. A atividade antidepressiva da Mirtazapina é presumivelmente partilhada pelos dois enantiómeros, com os recetores S(+) enantiómero α_2 e 5-HT₂ a bloquearem e os recetores R(-) enantiómero a bloquearem os recetores 5-HT₃.

A Mirtazapina começa normalmente a ter efeitos após 1-2 semanas de tratamento, sendo que uma dose suficiente de tratamento deve resultar numa resposta positiva dentro de 2-4 semanas. Caso a resposta seja inadequada, a dose pode ser aumentada ao máximo e se nenhuma resposta for obtida após mais 2-4 semanas, o tratamento deve ser descontinuado. Em termos de efeitos adversos aqueles que são mais relatados na utilização deste medicamento foram a sonolência, sedação, xerostomia, aumento de peso, aumento do apetite, tonturas e fadiga. ^[121]

8.2. Benzodiazepinas

Vários outros sedativos-hipnóticos têm sido desenvolvidos desde o século XIX. Leo Sternbach, químico da Hoffmann-La Roche, descobriu a primeira benzodiazepina, clordiazepóxido (Librium), em 1955 e após a introdução deste fármaco, as benzodiazepinas substituíram rapidamente agentes mais antigos como o álcool, hidrato de cloral, paraldeído, barbitúricos e meprobamato como o "tranquilizante menor" mais comum. ^[122,1 23]

Muitos prescritores foram levados a acreditar que as benzodiazepinas eram seguros e não representavam um risco de dependência. A ansiedade, insónia, retirada de substâncias, anestesia, tensão muscular, convulsões, psicose, depressão, narcossíntese para combater neuroses, stress da vida comum, queixas psicossomáticas vagas, e até arritmias e enfarte do miocárdio foram todos tratados com esta classe numa base regular e frequentemente. As benzodiazepinas eram os medicamentos mais prescritos no mundo nos anos 70, mas infelizmente, o potencial de dependência e abuso foi rapidamente descoberto. ^[122] O anterior entusiasmo e propensão dos clínicos para prescrever criaram uma nova preocupação na década de 1980 no que dizia respeito ao abuso e da dependência. Os prescritores estavam insatisfeitos, e o público estava dividido. Algumas pessoas abraçaram estes medicamentos porque proporcionavam alívio das dores nas costas e convulsões incapacitantes. Outros acreditavam que muitos toxicodependentes eram vítimas involuntárias cuja necessidade legítima se tinha transformado num pesadelo de desejo e incapacidade de deixar de consumir os fármacos desta classe. ^[123]

As benzodiazepinas são "moduladores alostéricos" dos recetores GABAA (GABA é o neurotransmissor inibidor amplamente distribuído de ácido gama-aminobutírico). ^[124] As benzodiazepinas são uma classe de fármacos que atuam nos recetores de benzodiazepinas (BZ-R) do sistema nervoso central. O recetor GABA-A é uma proteína constituída por cinco subunidades transmembranas que formam um canal de cloreto no centro. As porções extracelulares das proteínas alfa e beta das subunidades formam um local recetor de ácido gama-aminobutírico (GABA), um neurotransmissor inibitório. As porções extracelulares das proteínas alfa e da subunidade gama formam um local de ligação para as benzodiazepinas. A ativação de BZ-R provoca uma mudança conformacional num poro central, permitindo a entrada de iões cloreto no neurónio. As porções extracelulares das proteínas alfa e gama-subunidade formam um local de ligação para as benzodiazepinas. Quando o BZ-R é ativado, provoca uma mudança num poro central, permitindo a entrada de iões cloreto no neurónio. O influxo de aniões cloreto hiperpolariza o neurónio, resultando numa diminuição do potencial de ação do neurónio. ^[126] As benzodiazepinas são classificadas como de ação curta, de ação média (ou intermédia), ou de ação longa, com base na sua duração de ação e no tempo que leva para serem eliminadas do corpo. O Midazolam, por exemplo, é uma benzodiazepina de ação curta com um tempo de início de 2-10 minutos, dependendo da via de administração e uma curta duração de ação que pode durar algumas horas. O Diazepam, por outro lado, é uma benzodiazepina de ação prolongada com uma meia-vida de 24-36 horas. ^[125] No caso deste último fármaco, estes têm metabolitos ativos de maior duração que podem acumular-se com doses repetidas, particularmente em doentes idosos e doentes físicos, ou

com variantes genéticas que resultam numa atividade baixa ou ausente das enzimas relevantes do citocromo P450. ^[124]

As benzodiazepinas são úteis para reduzir a ansiedade, induzir e manter o sono, relaxar os músculos e tratar e prevenir convulsões epiléticas. A maioria das benzodiazepinas atualmente aprovadas partilha estas propriedades, mas em graus variáveis, dependendo da potência e das propriedades farmacocinéticas. As benzodiazepinas podem ser prescritas aos pacientes embora sejam raramente recomendadas como tratamentos de primeira linha. Os tratamentos não medicamentosos e outros medicamentos, tais como antidepressivos, são considerados tratamentos de primeira linha para ansiedade crónica ou insónia, sendo as benzodiazepinas reservadas para utilização de segunda linha, quando os doentes não toleram medicamentos de primeira linha ou têm tratamentos não medicamentosos falhados. ^[125]

Os efeitos secundários comuns da utilização de benzodiazepinas incluem, depressão dos pulmões, paragem dos pulmões, confusão respiratória, dor de cabeça, síncope, náusea/vómito, diarreia, tremor. Euforia, alucinação, ataxia, tonturas, atividade semelhante a convulsões, e parestesias são exemplos de efeitos secundários do sistema nervoso central e neuromuscular. Movimento cíclico das pálpebras, perda de equilíbrio, e dificuldade em focar os olhos nos objetos são todos exemplos de perturbações visuais. ^[126]

A dependência é mais provável de acontecer em doses mais elevadas, mas também pode ocorrer em doses mais baixas, e as formulações compostas com menores resistências e semividas mais longas podem ser úteis para ajudar os pacientes a reduzir a partir de doses mais elevadas. Mesmo após um breve período de utilização, um regime de tratamento (pelo menos duas semanas numa dose reduzida) deve ser considerado para reduzir o risco de reaparecimento de sintomas que existiam antes do tratamento. Este período de redução deve muito provavelmente ser prolongado após uma utilização prolongada, por vezes para vários meses para pacientes que tenham sido tratados durante muitos anos. ^[124]

A utilização das benzodiazepinas está delineada nas diretrizes clínicas. A característica geral da utilização ótima incluem evitar a prescrição em grupos de alto risco, aconselhar os doentes sobre o risco de dependência, ter apenas um prescritor a fornecer receitas, utilização de tratamento não farmacológico para condições como ansiedade e insónia e utilização da dose mais baixa durante o período mais curto possível (não superior a 2-4 semanas). ^[125]

9. Tratamento Não Farmacológico

9.1 Biblioterapia

Embora o termo "biblioterapia" tenha sido inventado em 1916, a utilização de material escrito para tratar de angústia emocional remonta há séculos atrás. "The Healing Place for the Soul", uma

inscrição acima da entrada de uma biblioteca em Tebas, Grécia antiga, fornece um contexto histórico para o uso terapêutico da palavra escrita.^[128] A biblioterapia era mais comumente utilizada em instituições psiquiátricas nos seus primeiros anos de vida. No seu livro *American Notes*, Charles Dickens descreve uma visita a um manicómio e regista as suas observações de pacientes que executam tarefas, se envolvem em atividades recreativas, e leem.^[131]

Nos últimos anos, os investigadores em saúde mental investigaram a biblioterapia como um instrumento que, ao contrário das intervenções tradicionais, melhora a vida dos leitores. Embora tenham sido desenvolvidas várias definições para esta terapêutica, todas elas se centram em três elementos essenciais que são o material de leitura para uso interno ou externo, um objetivo terapêutico e alcançável, e melhoria pessoal.^[129] Rush foi dos primeiros americanos a defender o uso da leitura como forma de terapia e tratamento para os doentes mentais. Foram sugeridos livros pela sua capacidade de entreter ou de transmitir conhecimentos. Minson Galt II, MD parece ser o primeiro americano a publicar um artigo sobre os princípios e aplicações da biblioterapia no tratamento dos doentes mentais.^[131]

Os materiais de auto-ajuda, ficção e poesia estão entre os textos utilizados em vários contextos de biblioterapia. Os materiais de auto-ajuda são frequentemente selecionados por profissionais com formação psiquiátrica e formação clínica, sendo as listas de ficção e poesia apropriadas disponibilizadas junto de estudantes de literatura inglesa, bibliotecários, e dos próprios leitores.^[130] É importante notar que esta terapêutica difere das estratégias de auto-ajuda uma vez que envolve uma reflexão estruturada e discussão da literatura. O material de leitura é examinado, e serve um propósito específico ou aborda um problema específico. A utilização de livros num contexto clínico sistemático tem o potencial de melhorar a saúde mental a baixo custo.^[129]

Há distinções entre os modos de biblioterapia (reativa e interativa), os materiais utilizados (imaginativos, e os objetivos servidos pela prática. A biblioterapia pode ser clínica, de desenvolvimento e desenvolvida pelo paciente. A biblioterapia clínica é utilizada com pacientes com sérios problemas emocionais ou comportamentais, utilizando literatura imaginativa, os objetivos terapêuticos vão desde a introspeção até às mudanças comportamentais (ficção, poesia, contos, drama, biografia, autobiografia, excertos em prosa, contos e fábulas). Em indivíduos saudáveis que procuram manter o bem-estar emocional e mental ou a auto-atualização, podem beneficiar da biblioterapia de desenvolvimento que utiliza literatura de auto-ajuda. Por fim, a biblioterapia desenvolvida pelo paciente encoraja a criatividade imaginando um final diferente para uma história e discutindo os efeitos de fazer alterações específicas ao enredo. Neste tipo de terapia, o cliente escreve como se fosse uma das personagens da história, ou cria uma carta de uma personagem para outra, abordando uma área específica de preocupação partilhada tanto pelas personagens como pelo paciente.^[131]

Para crianças com distúrbios de ansiedade, a biblioterapia é tão eficaz como a terapia cognitiva comportamental. Além disso, a biblioterapia cognitiva tem sido demonstrada em estudos para reduzir sintomas depressivos em adolescentes com sintomas depressivos leves a moderados. Esta terapêutica é uma opção de tratamento apoiada pela investigação para uma vasta gama de questões psicológicas. As estratégias de aplicação prática para os conselheiros escolares, por outro lado, são escassas.^[128] Dados do National Institute of Health and Care Excellence sugerem que "a

biblioterapia baseada nos princípios da Terapia Cognitiva Comportamental deve ser oferecida" para o tratamento da ansiedade enquanto a orientação da rede escocesa de diretrizes intercolégiais para a gestão não farmacêutica da depressão sugere o uso de livros de auto-ajuda. ^[132]

Jeffcoat *et al.*, (2012) realizou um estudo com funcionários de uma escola (n =236 participantes) e utilizou como métodos o Questionário Geral de Saúde (GHQ-12), que prevê a presença de perturbações psiquiátricas não psicóticas e a Escala de Depressão Ansiedade de Stress (DASS-21). O que o autor verificou foi que os resultados indicavam que a leitura de um livro de trabalho da Terapia de Aceitação e Compromisso teve um impacto positivo na saúde psicológica geral, bem como na depressão, ansiedade e stress nas pessoas. Além disso, verificou que os ganhos foram geralmente maiores no seguimento, com aproximadamente 38% de todas as alterações pré-acompanhamento produzidas pelo livro de exercícios foram clinicamente significativas e a razão de dissuasão foi mínima (cerca de 4%) em comparação com 16% de melhoria significativa, mas 13% de deterioração fiável na lista de espera. ^[127]

Outro estudo feito por Fraustro *et al.*, (2021) utilizou 13 estudos que preenchiam os critérios de qualidade. Verificou que segundo os principais resultados destes estudos, três deles não descobriram diferenças entre o grupo de biblioterapia e o grupo de controlo. Quatro outros estudos, contudo, descobriram que a biblioterapia pode melhorar o auto-conceito e um locus de controlo interno. Outro estudo descobriu que, embora tenha havido uma mudança significativa com a biblioterapia, esta não resultou numa melhor intervenção do que o tratamento tradicional e finalmente, os três restantes estudos descobriram que a biblioterapia podia ser utilizada como um recurso de auto-ajuda. Conclui também que a Biblioterapia é uma estratégia que ajuda os pacientes a lidar com a sua situação através da literatura, identificando-se com as experiências das personagens e desenvolvendo as suas próprias ferramentas para tomar melhores decisões sobre a sua saúde e exercer controlo sobre as suas vidas e doenças. ^[129]

9.2. Dieta

A ligação entre a dieta e o comportamento tem sido estudada há muito tempo. Isto inclui tópicos como os efeitos da dieta na saúde mental e física, bem como o papel do stress e da obesidade nestes processos. As alterações da dieta podem ajudar a prevenir o desenvolvimento de distúrbios mentais relacionados com o stress, tais como depressão grave e o transtorno de stress pós-traumático. ^[134] Assim a dieta fornece um alvo concreto para um novo tratamento e prevenção da saúde mental. Um padrão dietético saudável elevado em frutas, vegetais, grãos inteiros, nozes, sementes, peixe e baixo em alimentos processados tem sido associado a um risco mais baixo de distúrbios mentais comuns, particularmente depressão, segundo a investigação. ^[135]

Estudos transversais e longitudinais demonstraram que quanto mais se come uma dieta ocidental ou altamente processada, maior é a probabilidade de desenvolver sintomas psiquiátricos como depressão e ansiedade. Em contraste, quanto mais se come uma dieta de estilo mediterrânico, menor é a probabilidade de desenvolver uma perturbação mental. ^[136]

A relação entre dieta, obesidade, stress e perturbações psiquiátricas relacionadas com o stress é complexa. Em geral, parece haver uma ligação entre dietas baixas em gorduras saturadas e altas em gorduras polinsaturadas ómega-3 e risco reduzido de obesidade e perturbações psiquiátricas relacionadas com o stress, bem como efeitos benéficos para outros resultados na saúde. Estes factos parecem promover uma dieta rica em frutas, frutos secos, vegetais e peixe, semelhante à dieta mediterrânica. Os óleos de peixe, em particular, são ricos em ácidos gordos ómega-3 sendo pensado que podem melhorar tanto a saúde mental como física. No entanto, há uma série de fatores que podem provocar confusão, como o aumento de comportamentos saudáveis naqueles que seguem dietas específicas, o que pode contribuir para uma falsa associação. ^[135] Muitos nutrientes, incluindo cálcio, magnésio, zinco, folato, vitaminas D e B12, e ácidos gordos polinsaturados n-3, foram sugeridos para serem antidepressivos eficazes. ^[138]

O'Neil *et al.*, (2014) analisou 12 artigos na sua revisão. Dos 12 estudos, 9 investigaram a relação entre a qualidade da dieta e a saúde mental utilizando a dieta como variável de exposição, 5 investigaram a relação entre os padrões alimentares e a saúde mental e 3 investigaram a relação entre a qualidade da dieta e a saúde mental e por fim 1 investigou a qualidade da dieta, os padrões alimentares, e a saúde mental. Verificou também que maioria dos estudos encontrou consistentemente ligações significativas entre hábitos alimentares pouco saudáveis e uma saúde mental deficiente. As evidências de uma ligação entre hábitos alimentares saudáveis e a melhoria da saúde mental foram menos consistentes, com associações positivas significativas encontradas em apenas metade dos seis estudos. Por fim o autor observou associações transversais consistentes entre maus hábitos alimentares e saúde mental deficiente na infância e adolescência e que em contraste, existiam inconsistências nas relações entre os hábitos alimentares saudáveis ou de alta qualidade e a melhoria da saúde mental. Além disso, verificou uma ligação entre uma dieta pouco saudável e uma saúde mental deficiente. ^[133]

Outro estudo realizado por Jacka *et al.*, (2012) analisou um inquérito em que foram obtidas respostas de 2789 alunos. Verificou que nesta amostra de adolescentes etnicamente diversos e socialmente desfavorecidos, havia evidências de uma ligação entre uma dieta pouco saudável e problemas de saúde mental. Concluiu também que havia evidências mais fracas de uma associação inversa entre uma medida de dieta saudável e problemas de saúde mental. Havia menos provas de uma associação prospetiva entre medidas de qualidade de dieta e problemas de saúde mental. Quando as pontuações contínuas nos questionários sobre saúde mental foram examinadas como medidas de resultados, as relações fracas entre as pontuações elevadas na escala da dieta Saudável e as pontuações mais baixas no Questionário de Forças e Dificuldades no seguimento foram evidentes. ^[137]

9.3. Psicoterapia interpessoal

A Psicoterapia Interpessoal (IPT) é um tratamento afetivo e relacional limitado no tempo, cerca de 12 a 16 sessões e é apoiado por quatro décadas de investigação. O IPT, desenvolvido por Klerman, Weissman, e colegas em 1974, foi a primeira psicoterapia manualizada a ser comparada à farmacoterapia para a depressão sendo considerada igualmente eficaz. ^[140]

A psicoterapia concentra-se em eventos de vida stressantes tais como luto, conflitos interpessoais, transições de vida, isolamento social ou défices ligados ao início, exacerbação, ou perpetuação dos sintomas atuais, ao mesmo tempo que assiste os doentes na ligação com apoios sociais e na melhoria da qualidade das suas relações. Formar uma aliança terapêutica, conduzir uma avaliação psiquiátrica com uma história social alargada e um inventário interpessoal, proporcionar psicoeducação, incutir esperança e selecionar uma abordagem interpessoal são tarefas da fase inicial. As orientações terapêuticas interpessoais específicas do problema são utilizadas durante a fase intermédia e os avanços são consolidados durante a fase de conclusão, sendo as estratégias interpessoais adaptativas e os planos de prevenção de recaídas revistos. ^[139]

O IPT tem como base dois princípios, primeiro que os sintomas refletem uma doença tratável que não é culpa do paciente, e em segundo os sintomas emergem num contexto interpessoal. Esta modalidade terapêutica, originalmente desenvolvido para tratar depressão grave, enquadrou o início de episódios depressivos em uma de quatro crises interpessoais, o luto (luto complicado), uma disputa de papéis (conflito com um parceiro), uma transição de papéis (qualquer mudança de vida, tal como uma mudança geográfica, o aparecimento de uma doença, casamento ou divórcio, iniciar ou perder um emprego) ou défices interpessoais (isolamento social). O objetivo deste tratamento é ajudar os doentes a resolver a sua crise de vida, ajudando-os a desenvolver competências sociais, a comunicar mais eficazmente as suas emoções e a mobilizar apoios sociais protetores. ^[142]

Swartz *et al.*, (2014) propôs um tipo de psicoterapia interpessoal breve (IPT-B) que consiste em oito sessões de 45-60 minutos de psicoterapia realizada por um psiquiatra profissional formado em IPT, um médico, psicólogo, enfermeiro ou assistente social. Em vez de tentar corrigir problemas interpessoais de longa data, o terapeuta no IPT-B procura um foco de tratamento que possa ser resolvido em oito sessões, baseando-se nos pontos fortes existentes num paciente. Já que o IPT-B é de curta duração, é mais provável que um paciente experimente o domínio se o terapeuta se concentrar em áreas de funcionamento intacto em vez de tentar corrigir padrões de relacionamento interpessoal disfuncionais de longa data. Como resultado, os terapeutas evitam (elaborar) em situações altamente vulneráveis, tais como relações abusivas enraizadas, o foco do tratamento porque é provável que necessitem de mais de oito sessões para resolver. O abuso dos pacientes, por outro lado, seria abordado na medida do necessário para garantir a segurança destes e para identificar recursos adicionais, tais como linhas de apoio, que poderiam ser utilizadas para além do IPT-B. ^[141]

Weissman *et al.*, (2012) desenvolveu uma adaptação desta terapia dando o nome de IPT-EST. Na IPT-EST desde a primeira sessão, o terapeuta concentra-se no esclarecimento do problema e no fornecimento de estratégias básicas de resolução de problemas. A análise dos problemas com os seus filhos está incluída para os pacientes que são pais, visto que há dados que mostram que os descendentes de pais deprimidos têm altas taxas de problemas psiquiátricos e comportamentais. No final das três sessões, o paciente e o prestador decidem sobre a atribuição de recursos a serviços adicionais. As possíveis atribuições de triagem têm como base a gravidade dos sintomas do paciente no final destas três sessões, os desejos e apoios sociais do paciente, e a disponibilidade de recursos. ^[144]

A IPT tem sido utilizado para tratar depressão, distúrbios alimentares, distúrbios bipolares, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, e sintomas de outros transtornos psiquiátricos. ^[140] A IPT individual parece ser um tratamento eficaz para a depressão como monoterapia para adultos e várias revisões e meta-análises têm sido efetuadas sobre a eficácia de todos os tipos de metodologias de psicoterapia. ^[143]

Cuijpers *et al.*, (2016) analisou 90 estudos onde faziam parte 11434 participantes. Segundo o autor dois terços destes estudos centraram-se na prevenção da depressão, tratamento e prevenção de recaídas, com um efeito moderado a grande na depressão em comparação com os grupos de controlo, mas com efeitos menores em adultos mais velhos, amostras clínicas, e amostras que satisfazem os critérios de diagnóstico para uma doença depressiva e que a IPT não foi significativamente mais ou menos eficaz do que outras psicoterapias depressivas. Verificou também que a terapia combinada foi significativamente mais eficaz do que a IPT sozinha, mas não significativamente mais eficaz do que a farmacoterapia sozinha. Observou também que o número de sessões de IPT estava relacionado com o número de resultados da depressão sendo que 10 ou mais sessões resultou num aumento do tamanho do efeito. ^[139]

Hees *et al.*, (2013) analisou 8 artigos na sua revisão. A revisão incluiu um total de 1233 pacientes, com 854 a completarem o tratamento ambulatorio. 392 pacientes receberam IPT, 14 receberam o Sistema de Análise Comportamental Cognitiva de Psicoterapia, 160 receberam terapia cognitivo-comportamental, 153 receberam, 67 receberam farmacoterapia mais gestão clínica, 49 receberam IPT e nefazodona, 47 receberam IPT e um placebo e por fim 34 receberam placebo mais gestão clínica. O autor notou que globalmente, a IPT e a terapia cognitivo-comportamental pareciam ser igualmente eficazes e quando comparado com a farmacoterapia, a IPT produziu resultados contraditórios. A IPT em combinação com nefazodona parece ser mais eficaz do que apenas a nefazodona, enquanto a farmacoterapia combinada com a gestão clínica parece ser mais eficaz do que apenas a IPT. ^[143]

9.4 Exercício Físico

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal induzido pela contração muscular esquelética que aumenta o gasto de energia. Esta é tipicamente medida em termos de frequência, duração e intensidade. ^[148] A atividade física tem estado ligada a uma variedade de benefícios para a saúde, incluindo menor mortalidade global, melhor saúde músculo-esquelética e regulação do stress e menores riscos de doenças cardiovasculares, obesidade, AVC e cancro. ^[145] Além disso ficou demonstrado que a atividade física melhora também a saúde mental melhorando o humor, diminuindo a ansiedade e o risco de depressão, e aumenta a auto-estima e a satisfação de vida. ^[151]

Apesar da evidência dos benefícios para a saúde do exercício, vários estudos realizados em todo o mundo mostram que muito poucas pessoas se dedicam a uma atividade física regular. De acordo com um documento Lancet de 2018, envolvendo 1,9 milhões de participantes de 168 países, mais de um em cada quatro adultos em todo o mundo não atinge os níveis recomendados de exercício físico. ^[146] As recomendações internacionais atuais para a atividade física de modo benéfico para a

saúde em adultos é de pelo menos 150 minutos/semana de exercício aeróbico com intensidade moderada ou 75 minutos por semana de exercício aeróbico de intensidade vigorosa. ^[148]

Conforme a investigação existente sobre a relação entre a atividade física e a saúde mental, o aumento da atividade física está associado a melhores resultados na saúde mental, tais como humor, auto-estima e ansiedade. A atividade física tem sido demonstrada em alguns estudos para reduzir o stress, ansiedade e depressão em adultos, no entanto, poucos estudos analisam o impacto da atividade física no stress ou na saúde mental em estudantes universitários. ^[149]

Os resultados apresentados na tabela 3 referem-se aos impactos de realizar atividade física na saúde mental. Todos os 7 estudos apresentados demonstram as pessoas que realizavam atividade física regularmente tinham menores hipóteses de desenvolver problemas ao nível de saúde mental ao longo do tempo sendo tal facto sido demonstrado em diversas idades, desde os mais jovens aos mais idosos, assim como tanto em homens como em mulheres.

Tabela 3- Impacto de realizar atividade física na saúde mental

Autor (ano)	Participantes	Idade	Conclusões	Valor estatístico
<i>Chekroud et al., (2019)</i> ^[145]	População nos EUA (n= 1,237,194)	18+ anos	Associação significativa entre o exercício e a saúde mental mesmo depois de se ter ajustado a diversas características sociodemográficas e de saúde física	$p < 2.2 \times 10^{-16}$
<i>Grasdalsmoen et al., (2020)</i> ^[146]	Estudantes Noruegueses (n= 50,054)	18-35 anos	Verificou que as mulheres que nunca praticavam exercício tinham uma probabilidade quase triplicada de terem pontuações acima do corte clínico no HSCL-25 e de depressão auto-referida comparando com as mulheres que exercitavam quase todos os dias.	Mulheres: OR = 2.99 (95% CI: 2.58–3.46) Homens OR = 4.86 (95% CI: 3.88–6.09)
<i>Nicole et al., (2013)</i> ^[147]	Participantes no Harvard School of Public Health Study of College Health Behaviors (n= 14,706)	18-24 anos	Os estudantes que satisfizeram as recomendações de atividade física tinham menos probabilidades de relatar uma baixa saúde e perceção de stress do que os estudantes que não cumpriram as recomendações.	Saúde Mental: OR= .79 (95% CI: .69- .90)
<i>Bertheussen et al., (2011)</i> ^[148]	Participantes do HUNT 3 (n= 4,500)	19-91 anos	O exercício físico foi regularmente associado a uma melhor saúde física e mental em homens e mulheres e em adultos jovens e idosos para todos os aspetos da AP (frequência, duração e intensidade).	-
<i>Doré et al., (2018)</i> ^[149]	Estudantes do Quebec, Canada (n=440)	16-39 anos	Em relação ao exercício físico individual, de grupo informal e desportos de equipa foram positivamente associados a saúde mental positiva e inversamente associados a sintomas depressivos.	Saúde Mental β (95% CI) = 2.24 (0.01- 4.46) e 3.39 (0.74-5.59)

Mavis et al., (2015) ^[150]	Estudantes de escolas públicas e privadas do Gana (n=296)	13-18 anos	O estudo descobriu que a atividade física estava significativamente associada a uma saúde mental positiva entre adolescentes ganenses	Depressão r= -0.78, p< 0.001
Hawker et al., (2012) ^[151]	Estudantes de enfermagem que responderam ao inquérito (n=215)	18-54 anos	Associação entre a prática de atividade física e o bem-estar mental nos estudantes de enfermagem.	Ansiedade: r=0.07 p=0.390 Depressão: r=0.03 p=0.698

10. Perspetivas futuras: “E-Mental Health Intervention”

Os cuidados de saúde e-mental, um termo relativamente novo no contexto técnico, é uma prática apoiada por processos eletrónicos e comunicação. Pode incluir aplicações de saúde mental e ligações para telemóveis. A Informação, serviços de apoio de pares, programas baseados em computador e na Internet, aplicações virtuais, e jogos, assim como a interação em tempo real com clínicos formados, são todos exemplos de serviços de saúde mental eletrónica. ^[157] A e-saúde é um conceito mais amplo que a telesaúde (e telemedicina), que envolve a utilização de tecnologias de informação e comunicação para ligar pacientes e profissionais de saúde em tempo real independentemente da distância geográfica para a prestação de cuidados padrão. ^[154]

Não existe, contudo, acordo sobre uma definição específica de campo. Alguns autores definem a saúde mental eletrónica como iniciativas apresentadas diretamente aos utentes que frequentam os serviços de saúde mental e apenas através da Internet. Outros utilizam uma definição mais ampla que inclui atividades como o rastreio, promoção e prevenção da saúde mental, tratamento, formação de pessoal, apoio administrativo, e investigação. ^[154]

Os serviços de saúde mental eletrónica facilitam a aplicação de tratamentos psicológicos, são rentáveis, e podem ultrapassar uma série de barreiras dos utentes aos cuidados de saúde. ^[158] A este respeito, a saúde mental eletrónica tem o potencial de expandir o acesso aos serviços não só para as pessoas que vivem em áreas rurais e remotas, mas também para as pessoas que vivem em áreas urbanas e semiurbanas que enfrentam várias barreiras aos cuidados, tais como transporte, incapacidade física, ou conflitos de horários. Um dos exemplos mais notáveis de como a saúde mental eletrónica tem sido utilizada para aumentar o acesso é a terapias psicológicas. ^[159]

Os serviços de saúde mental online podem ser também ser capazes de preencher a falha do tratamento. Os profissionais de saúde e as companhias de seguros reconhecem que a utilização da Internet para fornecer serviços é uma solução rentável. De facto, pode ser o primeiro ponto de contacto, promovendo uma mudança cultural nos serviços de saúde mental e na literacia de saúde mental, ao mesmo tempo que dá aos utentes mais controlo sobre as condições de autodiagnóstico.

^[157]

Apesar destas vantagens, em adolescentes por exemplo, estimasse que mais de três quartos destes que sofrem com algum tipo de problema de saúde mental não procuram ajuda profissional. Muitas das barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda podem ser ultrapassadas através da psicoterapia através de intervenções de saúde mental eletrónica. Estas intervenções fornecem normalmente assistência ou breve terapia através de plataformas tecnológicas ou digitais.^[156] Embora a terapia tenha diversas vantagens tanto para adolescentes como adultos há vários inconvenientes a considerar. Por exemplo enquanto os serviços de saúde mental online, por exemplo, eliminam as barreiras geográficas, a aplicação de códigos legais e éticos torna-se difícil porque muitos países e estados têm diferentes requisitos de licenciamento e diretrizes de tratamento. Além disso, a maioria das apólices de seguro legais não cobrem a terapia online, tornando-a inelegível para reembolso e, como resultado, uma despesa extra para a grande maioria da população. Além disso, como a maioria dos serviços de saúde mental online não são regulados, a confidencialidade e a privacidade devem ser questionadas. Além disso, ao contrário da terapia "da vida real", é pouco provável que os terapeutas sejam capazes de responder adequadamente a situações de crise.^[157]

Segundo a ONU, existia um elevado risco de que a crise da COVID-19 gerasse uma crise de saúde mental se não forem tomadas medidas imediatas. Há numerosas causas potenciais de angústia psicológica durante a pandemia, como o medo de infeção e as consequências do isolamento físico e social ou a agitação económica.^[153] Uma revisão sistemática descobriu que a psicoterapia por videoconferência para ansiedade e perturbações do humor tem tido resultados promissores, e a base de evidência para intervenções orientadas por terapeutas na Internet é ainda mais robusta. No entanto, apesar de duas décadas de serviços de saúde mental eletrónica, numerosas barreiras têm impedido a implementação global nos cuidados de saúde. Contudo, uma das barreiras mais significativas identificadas tem sido o facto de a saúde mental eletrónica não ter sido integrada como parte padrão da prática de cuidados de saúde devido à falta de aceitação por parte dos próprios profissionais de saúde. Apesar da investigação mostrar o contrário, mitos de tele saúde como "a aliança terapêutica só pode ser estabelecida cara a cara" dominaram o campo.^[152]

Um exemplo desta prática é o "Coping with Corona": Cuidados Psicossomáticos Alargados em Essen' (CoPE) e é uma abordagem estruturada para ajudar as pessoas que estão sobrecarregadas. A breve intervenção de saúde mental eletrónica 'CoPE It' é uma componente essencial do conceito 'CoPE'. A 'CoPE It' é uma intervenção de saúde mental eletrónica autodirigida para pessoas afetadas pela COVID-19 com o objetivo de superar o sofrimento psicológico e melhorar a saúde mental. A intervenção 'CoPE It' baseia-se nas técnicas de intervenção psicoterapêutica/psicológica bem estabelecidas e baseadas em provas de redução do stress e de terapia cognitiva comportamental baseada na atenção, e foi adaptada ao contexto da pandemia por especialistas em medicina psicossomática e prevenção do stress. A intervenção consiste em quatro módulos, cada um com uma duração de cerca de 30 minutos e que têm lugar de dois em dois dias, durante duas semanas. Os trabalhos de casa e os exercícios de atenção também fazem parte da intervenção e devem ser incorporados nas rotinas diárias.^[155]

A mudança é muito importante para os utentes que utilizam os cuidados de saúde, profissionais de saúde, políticos e companhias de seguros. No futuro, a saúde mental eletrónica deve ser parte

integrante de uma estratégia de saúde mental. A maioria dos programas de saúde mental eletrónica apenas captam informação sobre o estado de saúde, mas podem fornecer comunicação bidirecional. Os prestadores de cuidados de saúde podem influenciar as mudanças de comportamento da saúde mental e monitorizar a autogestão de distúrbios mentais de uma forma sensível ao contexto. A saúde mental eletrónica em tempo real pode recolher e analisar essa informação específica, a fim de ajudar os indivíduos diretamente e sem um grande intervalo de tempo. ^[157]

11. Profissionais de saúde de farmácia comunitária/hospitalar e o apoio às diversas populações em contexto da saúde mental

Os profissionais de saúde de farmácia comunitária (PSFC) oferecem uma visão única à consulta dos doentes. A sua competência em farmacologia e utilização de medicamentos significa que se encontram numa posição ideal para ajudar os doentes a aperfeiçoar o respetivo tratamento e garantir que os doentes são envolvidos nas decisões sobre os seus medicamentos, tendo em conta as opiniões e preferências individuais. ^[160] Estes tornaram-se um centro de informação sobre a infeção pelo coronavírus (por exemplo divulgando as informações de segurança divulgados pela Direção Geral da Saúde), uma vez que tiveram um papel direto no combate à desinformação para além de ajudarem os utentes a optarem por estilos de vida mais saudáveis ^[161].

Quando uma vacina se torna disponível, os PSFC devido ao conhecimento adquirido estão bem posicionados para garantir a divulgação de informação sobre a mesma, quer na sua administração. Décadas de experiência dos PSFC como administradores de vacinas mostraram que, com o aumento da acessibilidade, estes têm ajudado a melhorar as taxas de imunização, a atualizar os utentes sobre as vacinas e a chegar àqueles que, de outra forma, podem não ter a mesma oportunidade de ser vacinados. ^[161]

O papel do PSFC nos cuidados de saúde tem vindo a evoluir ao longo dos anos, passando pela dispensa e gestão de stocks até aos serviços de farmácia clínica, passando pela educação dos utentes, monitorização das reações adversas aos medicamentos e das interações entre medicamentos e o rastreio de certas doenças. Os serviços de farmácia clínica tornaram-se altamente especializados e cobrem uma grande variedade de áreas, tendo demonstrado uma melhoria na qualidade de vida dos utentes. Devido à grande complexidade das questões que envolvem os utentes em matéria de saúde mental e os cuidados de saúde mental, os PSFC estão numa posição privilegiada para fornecer um apoio e conhecimentos significativos para melhorar o nível e a qualidade dos cuidados de saúde mental em várias áreas, como por exemplo a adesão aos medicamentos ^[165]. As revisões sistemáticas anteriores documentam melhorias na satisfação dos utentes e dos resultados para pessoas que sofrem de depressão e a psicose, em grande parte devido às atividades de gestão de medicamentos dos farmacêuticos. Estas funções são possíveis e apoiadas por uma população crente que acede frequentemente aos seus serviços profissionais. ^[162]

A farmácia comunitária assegura a continuidade do fornecimento de medicamentos e a identificação e resolução precoce das barreiras de adesão e outros problemas relacionados aos

medicamentos e como tal estas são geralmente acessíveis aos utentes^[2,5]. Devido ao elevado número de farmácias num determinado local, os PSFC podem muitas vezes ser contactados sem marcação de consulta ou longas horas de espera. Este acesso não só permite a prestação de cuidados aos doentes que vivem em áreas geograficamente distantes dos sistemas de saúde, mas, mais importante ainda, permite aos PSFC criar um maior impacto nos indivíduos que vivem com doenças mentais.^[164] Há claramente oportunidades para que os PSFC tenham um efeito positivo na utilização de medicamentos psicotrópicos por parte dos jovens. É fundamental que os PSFC passem de uma abordagem transacional ou reativa para criar um espaço de saúde protegido e atender às preocupações dos jovens em relação aos medicamentos para além do fornecimento inicial. É necessário reconhecer que estes trabalham num espaço menos favorável ao conhecimento efetivo da história médica de uma pessoa, e que alguns jovens procuram uma experiência fácil e sem complicações, e que outros acolhem os PSFC de forma proactiva.^[163]

É importante notar que este é um papel que pode ser entregue utilizando telepsiquiatria e aperfeiçoado com a utilização de ferramentas digitais. Os pacientes podem encontrar-se com os PSFC a partir do conforto da sua própria casa, através de videoconferência. Estes podem partilhar informação sobre medicamentos no ecrã enquanto discutem os benefícios, riscos e necessidades individuais de medicamentos junto de cada um deles.^[160]

Assim, a formação em saúde mental pode ser essencial para melhorar as relações profissionais com os utentes, sendo um exemplo deste tipo de programas, o Mental Health First Aid, curso que ensina como identificar, compreender e responder a sinais de doenças mentais e distúrbios de uso de substâncias. A formação fornece as competências necessárias para alcançar e fornecer ajuda e apoio inicial a alguém que possa estar a desenvolver um problema de saúde mental ou de uso de substâncias ou a passar por uma crise.^[168]

De modo a analisar como este programa poderia ser um dos passos de ensino, pode-se usar a revisão sistemática e meta-análise realizadas por Amy *et al.*, (2018) que inclui 18 ensaios com o total de 5936 participantes, sendo estes participantes todos adultos com idade igual ou superior a 18 anos. O que este estudo investigou foi que os efeitos verificados foram pequenos a moderados 6 meses após o programa. Além disso verificou que a formação não só levou a um melhor conhecimento da saúde mental em primeiros socorros, mas também ao reconhecimento das perturbações mentais e convicções acerca dos tratamentos eficazes. Além disso, verificou-se uma pequena redução relativamente ao estigma. Observou-se também melhorias na confiança em ajudar pessoas com problemas de saúde mental e a intenção de prestar primeiros socorros (tabela 4).^[166]

Outro estudo de revisão sistemática, mais recente, realizado por Sok *et al.*, (2021) utilizou 14 estudos realizados nos Estados Unidos da América e Austrália. No geral, todos os estudos presentes nesta revisão sistemática demonstraram serem eficazes nos campos do conhecimento, reconhecimento de doença mental, atitudes face ao estigma, confiança, intenção e comportamento de ajuda, tal como aconteceu no estudo de referido anteriormente. As evidências para um melhor conhecimento e confiança tiveram um melhor resultado o que equivale a 12 dos 13 estudos em que eram medidos estes resultados significativos, incluindo a maioria dos estudos randomizados ou controlados de maior qualidade. Por outro lado, as evidências para um melhor

comportamento de ajuda foram as mais fracas, com dois dos seis estudos a relatar resultados significativos, ambos os estudos não controlados. ^[167]

Outro método, na ajuda à saúde mental dos utentes, foi a utilização de profissionais de saúde de farmácia comunitária prescritores, já que estes podem fornecer orientação e apoio em medicamentos personalizados para utentes, como parte de uma equipa multidisciplinar mais vasta. ^[160] Os Direitos de prescrição para os farmacêuticos estão em vigor no Reino Unido há quase 20 anos. Dados internacionais sugerem que os prescritores não médicos, normalmente enfermeiros e farmacêuticos, são tão eficazes como os prescritores de cuidados médicos tradicionais na obtenção de resultados comparáveis para várias doenças, bem como níveis semelhantes de adesão dos doentes a medicamentos antidepressivos e antipsicóticos, satisfação dos doentes e qualidade de vida relacionada com a saúde. Os fatores que levam à não adesão e à desvinculação da terapia podem ser identificados e mediados pelo feedback dos PSFC a um farmacêutico da clínica. ^[161]

Tabela 4- Resultados de meta-análises dos efeitos da formação em primeiros socorros em saúde mental sobre os resultados

Fonte: Amy et al., (2018)

	Nº comparações (k)	Cohen's d [95% CI]	p	I ² % [95% CI]	Qualidade da evidência (GRADE)
Conhecimento do MHFA					
Após	3	0.72 [0.59, 0.86]	<.001	[0, 90]	++++ ALTA
Acompanhamento ≤6 meses	5	0.54 [0.43, 0.64]	<.001	0 [0, 79]	++++ ALTA
Acompanhamentos >6 meses	1	0.31 [0.09, 0.53]	.006	-	+++ MODERADA ^b
Reconhecimento do problema de saúde mental					
Após	7	0.22 [-0.17, 0.61]	.276	40 [0, 75]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamento ≤6 meses	11	0.52 [0.41, 0.64]	<.001	11 [0, 51]	+++ MODERADA ^a
Acompanhamentos >6 meses	1	0.22 [-0.36, 0.80]	.450	-	++- BAIXA ^{a, b}
Convicções sobre a eficácia dos tratamentos					
Após	4	0.45 [0.11, 0.79]	.010	85 [63, 94]	+++ MODERADA ^a

Acompanhamento ≤6 meses	11	0.19 [0.07, 0.32]	.002	59 [20, 79]	+++ MODERADA ^a
Estigma					
Após	8	0.14 [0.03, 0.25]	.010	0 [0, 68]	+++ MODERADA ^a
Acompanhamento ≤6 meses	14	0.14 [0.05, 0.23]	.003	48 [4, 72]	+++ MODERADA ^a
Acompanhamentos >6 meses	1	0.08 [-0.14, 0.31]	.473		++- BAIXA ^{a, b}
Confiança no MHFA					
Após	7	0.58 [0.29, 0.87]	< .001	79 [57, 90]	+++ MODERADA ^a
Acompanhamento ≤6 meses	12	0.46 [0.31, 0.62]	< .001	77 [60, 87]	++- BAIXA ^{a, c}
Acompanhamentos >6 meses	2	0.21 [-0.09, 0.51]	.175	28 [#]	++- BAIXA ^{a, b}
Intenções do MHFA					
Após	4	0.75 [0.60, 0.91]	< .001	0 [0, 85]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamento ≤6 meses	3	0.55 [-0.08, 1.18]	.085	91 [76, 96]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamentos >6 meses	2	0.26 [-0.12, 0.64]	.182	48 [#]	++- BAIXA ^{a, b}
Quantidade de MHFA disponibilizada					
Após	3	-0.06 [-0.32, 0.20]	.650	[0, 90]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamento ≤6 meses	9	0.23 [0.08, 0.38]	.002	[23, 82]	+++ MODERADA ^a
Acompanhamentos >6 meses	0	-	-	-	-
Qualidade da MHFA fornecida					
Após	2	0.73 [-0.97, 2.43]	.399	94 [#]	++- BAIXA ^{a, b}

Acompanhamento ≤6 meses	2	-0.01 [-0.22, 0.19]	.950	76 [#]	+++ MODERADA ^b
Acompanhamentos >6 meses	1	0.25 [-0.17, 0.24]	.242	-	++- BAIXA ^{a, b}
Saúde mental do aluno do MHFA					
Após	3	-0.04 [-0.39, 0.32]	.835	4 [0, 90]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamento ≤6 meses	4	0.16 [-0.03, 0.35]	.093	0 [0, 85]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamentos >6 meses	1	0.02 [-0.20, 0.24]	.882	-	++- BAIXA ^{a, b}
Saúde mental dos destinatários do MHFA					
Após	0	-	-	-	-
Acompanhamento ≤6 meses	2	0.14 [-0.05, 0.33]	.144	0 [#]	++- BAIXA ^{a, b}
Acompanhamentos >6 meses	1	-0.09 [-0.32, 0.14]	.458	-	+++ MODERADA ^b

- muito poucos estudos para calcular o intervalo de confiança.

Grau de evidência do Grupo de Trabalho GRADE:

Alta qualidade ++++ - É muito pouco provável que a continuação da investigação altere a nossa confiança na estimativa do efeito.

Qualidade moderada +++ - É provável que mais investigação tenha um impacto importante na nossa confiança na estimativa de efeito e pode alterar a estimativa.

Baixa qualidade ++- - É muito provável que a investigação adicional tenha um impacto importante na nossa confiança na estimativa do efeito e é provável que altere a estimativa.

Muito baixa qualidade +--- - Estamos muito incertos quanto à estimativa.

- a) Rebaixada devido ao risco de viés.
- b) Rebaixada devido a imprecisão.
- c) Rebaixado devido a viés de publicação.

12. Conclusão

Como se pode verificar existem evidências dos efeitos da pandemia Covid-19 sobre a saúde mental, verificados e evidenciados, devido ao aumento dos níveis da depressão, ansiedade e *stress*, para

além dos possíveis efeitos negativos desta pandemia, na saúde humana. Pode-se também verificar através desta revisão que os profissionais de saúde são aqueles que estão sujeitos a maiores impactos desta pandemia, sendo os profissionais da linha da frente, aqueles que são mais afetados por esta pandemia, pelo facto de terem tido um maior contacto com doentes Covid-19.

As intervenções existentes a nível farmacológico são eficazes para o tratamento dos principais problemas ao nível de saúde mental derivados desta pandemia. Além disso, o tratamento não farmacológico pode auxiliar no combate a estes problemas, como também pode ajudar a população e os profissionais de saúde a prevenir ou atrasar o desenvolvimento destas patologias, quer agora num estado de pandemia, quer no futuro quando tudo se encontrar mais “normal”.

Apesar das intervenções farmacológicas serem eficazes o aumento do seu consumo pode vir a ser problemática devido aos diversos eventos adversos que podem ocorrer, mas principalmente devido à grande possibilidade de dependência que estes fármacos possuem.

Inicialmente o desenvolvimento de soluções de saúde mental online para os profissionais de primeira linha deveria ser uma das maiores prioridades de todos os países com casos de COVID-19 sendo que, depois deverá também ser expandido à população em geral, além disso, devem ser aprendidas lições com esta pandemia, devendo ser dada mais atenção às intervenções de saúde mental online e para tal é necessário um investimento e passar legislação para este processo possa ser mais rapidamente desenvolvido.

Por fim, devido a esta pandemia, o papel dos profissionais de saúde evolui consideravelmente. A necessidade provocada por esta pandemia levou à expansão do papel dos profissionais, responsabilidades e adaptação significativa a modelos de cuidados. As pessoas com problemas de saúde mental correm um risco único e elevado durante este período. Os profissionais de saúde de farmácia comunitária estão prontamente disponíveis e estão bem qualificados para fornecer orientação e direção inicial. Como perspetivas futuras, deve-se implementar formação em MHFA durante as licenciaturas, que sem dúvida aumentaria o número de indivíduos capacitados para apoiar os que sofrem de doenças mentais, ajudando assim, não só a combater uma das barreiras existentes à saúde mental com a falta de profissionais suficientes para esta área, assim como, também devido aos seus conhecimentos, os profissionais de saúde de farmácia comunitária poderiam retirar um pouco da pressão que estes profissionais têm, e, com tendência a aumentar.

13.Referências bibliográficas

1. Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Bernardo, A. D. I., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic Gli esiti di salute mentale della pandemia di CoViD-19. *Riv Psichiatr*, 55(3), 137–144.
2. Mohamadian, M., Chiti, H., Shoghli, A., Biglari, S., Parsamanesh, N., & Esmaeilzadeh, A. (2021). COVID-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis. *Journal of Gene Medicine*, 23(2), 1–11. <https://doi.org/10.1002/jgm.3303>

3. Habas, K., Nganwuchu, C., Shahzad, F., Gopalan, R., Haque, M., Rahman, S., Majumder, A. A., & Nasim, T. (2020). Resolution of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 18(12), 1201–1211. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1797487>
4. Young J, Thone MN, Jik Y. COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view. *Advanced Drug Delivery Reviews* 170 (2021) 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2020.12.011>
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, *et al.*, A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33.
6. Umakanthan S, Sahu P, Ranade A V., Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, *et al.*, Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J*. 2020;96(1142):753–8.
7. Malik YA. Properties of coronavirus and SARS-CoV-2. *Malays J Pathol*. 2020;42(1):3–11.
8. V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. *Nat Rev Microbiol*. 2021;19(3):155–70.
9. Kadam SB, Sukhramani GS, Bishnoi P, Pable AA, Barvkar VT. SARS-CoV-2, the pandemic coronavirus: Molecular and structural insights. *J Basic Microbiol*. 2021;61(3):180–202.
10. Wong NA, Saier MH. The sars-coronavirus infection cycle: A survey of viral membrane proteins, their functional interactions and pathogenesis. Vol. 22, *International Journal of Molecular Sciences*. 2021. 1–63 p.
11. Scheel. DP. Genotype and phenotype of COVID-19: Their roles in pathogenesis. Review Article. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* (2021) 54, 159-163
12. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
13. Saxena S, Skeen S. “No health without mental health”: Challenges and opportunities in global mental health. *African J Psychiatry (South Africa)*. 2012;15(6):397–400.
14. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, *et al.*, What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5(6):1–11.
15. Liese BH, Gribble RSF, Wickremesinhe MN. International funding for mental health: A review of the last decade. *Int Health*. 2019;11(5):361–9.
16. Hunter DJ. Engla, Journal - 2010 - New engla nd journal. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;31(1):1969–73. Available from: nejm.org
17. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *Qjm*. 2020;113(5):311–2.
18. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, *et al.*, Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;281(January):91–8.
19. Drissi N, Ouhbi S, Idrissi MAJ, Fernandez-Luque L, Ghogho M. Connected Mental Health: Systematic Mapping Study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Jul 6];22(8). Available from: [/pmc/articles/PMC7486675/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37486675/)
20. Dakić T. Mental health burden and unmet needs for treatment: A call for justice. *Br J Psychiatry*. 2020;216(5):241–2.
21. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231–3.

22. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, *et al.*, What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5(6):1–11.
23. Bhugra D, Till A, Sartorius N. What is mental health? *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2013;59(1):3–4. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>
24. Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-based approaches to mental health: History, strategies, and evidence. *Annu Rev Public Health*. 2019;41:201–21.
25. Park DS, Han J, Torabi M, Forget EL. Managing mental health: Why we need to redress the balance between healthcare spending and social spending. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–8.
26. Lunn B. Mental health legislation. *Psychiatry by Ten Teach Second Ed*. 2017;49–58.
27. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2020;66(4):317–20. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
28. Ahmad S. A Review of COVID-19 (Coronavirus Disease-2019) Diagnosis, Treatments and Prevention. *Eurasian J Med Oncol*. 2020;19.
29. Berekaa MM. Insights into the COVID-19 pandemic : Origin , pathogenesis , diagnosis , and therapeutic interventions Department of Environmental Health , College of Public Health , Imam Abdulrahman Bin Faisal University , P . O . Box 1982 , Dammam 31441 , Saudi Arabia. 2021;117–39.
30. Noor AU, Maqbool F, Bhatti ZA, Khan AU. Epidemiology of covid-19 pandemic: Recovery and mortality ratio around the globe. *Pakistan J Med Sci*. 2020;36(COVID19-S4):S79–84.
31. Platto S, Wang Y, Zhou J, Carafoli E. History of the COVID-19 pandemic: Origin, explosion, worldwide spreading. *Biochem Biophys Res Commun* [Internet]. 2021;538:14–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.10.087>
32. Chakraborty C, Sharma A, Bhattacharya M, Sharma G, Lee SS. The 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A zoonotic prospective. *Asian Pac J Trop Med*. 2020;13(6):242–6.
33. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws ML, Glasziou P. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis. *J Assoc Med Microbiol Infect Dis Canada*. 2020;5(4):223–34.
34. Gao Z, Xu Y, Sun C, Wang X, Guo Y, Qiu S, *et al.*, A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. *J Microbiol Immunol Infect* [Internet]. 2021;54(1):12–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.05.001>
35. Pollock AM, Lancaster J. Asymptomatic transmission of covid-19. *BMJ*. 2020;371:19–20.
36. Kumar V, Doshi KU, Khan WH, Rathore AS. COVID-19 pandemic: mechanism, diagnosis, and treatment. *J Chem Technol Biotechnol*. 2021;96(2):299–308.
37. Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection* [Internet]. 2021;49(2):199–213. Available from: <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01516-2>
38. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, *et al.*, COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med*. 2020;288(2):192–206.
39. Letícia de Oliveira Toledo S, Sousa Nogueira L, das Graças Carvalho M, Romana Alves Rios D, de Barros Pinheiro M. COVID-19: Review and hematologic impact. *Clin Chim Acta* [Internet]. 2020;510(July):170–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cca.2020.07.016>
40. Kashte S, Gulbake A, El-Amin SF, Gupta A. COVID-19 vaccines: rapid development, implications, challenges and future prospects. *Hum Cell* [Internet]. 2021;34(3):711–33. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13577-021-00512-4>
41. Rawat K, Kumari P, Saha L. COVID-19 vaccine: A recent update in pipeline vaccines, their design and development strategies. *Eur J Pharmacol* [Internet]. 2021;892(September 2020):173751. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2020.173751>

42. Strizova Z, Smetanova J, Bartunkova J, Milota T. Principles and Challenges in anti-COVID-19 Vaccine Development. *Int Arch Allergy Immunol*. 2021;182(4):339–49.
43. Kumar A, Dowling WE, Román RG, Chaudhari A, Gurry C, Le TT, *et al.*, Status Report on COVID-19 Vaccines Development. *Curr Infect Dis Rep*. 2021;23(6).
44. Bok K, Sitar S, Graham BS, Mascola JR. Accelerated COVID-19 vaccine development: milestones, lessons, and prospects. *Immunity* [Internet]. 2021;54(8):1636–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2021.07.017>
45. Li Y, Tenchov R, Smoot J, Liu C, Watkins S, Zhou Q. A Comprehensive Review of the Global Efforts on COVID-19 Vaccine Development. *ACS Cent Sci*. 2021;7(4):512–33.
46. Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, *et al.*, Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2017;52(12):1451–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>
47. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Heal Soc Care Community*. 2017;25(3):799–812.
48. Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatrics*. 2020;32(10):1217–20.
49. Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick PS. Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12:S55–7.
50. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, *et al.*, Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218–1239.e3.
51. Umucu E, Reyes A, Nay A, Elbogen E, Tsai J. Associations between mental health and job loss among middle- and low-income veterans and civilians during the COVID-19 pandemic: An exploratory study. *Stress Heal*. 2022;38(2):410–6.
52. Rohde N, Tang KK, Osberg L, Rao P. The effect of economic insecurity on mental health: Recent evidence from Australian panel data. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016;151:250–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.014>
53. Angioha PU, Ogar JA, Eteng EE, Okpiliya GE, Maruf GS, Akintola A, *et al.*, Quantitative analysis of the Income, Mental Health Effect of SARS COV-2 Pandemic in Calabar. *Daengku J Humanit Soc Sci Innov*. 2021;1(1):29–39.
54. Singh GK, Lee H, Azuine RE. Growing Job-Related Income Losses, Increasing Social Inequalities, and Physical and Mental Health Impact During the COVID-19 Pandemic, United States, April – December 2020. *Int J Transl Med Res Public Heal*. 2021;5(2):76–89.
55. Ruengorn C, Awiphan R, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Nochaiwong S. Association of job loss, income loss, and financial burden with adverse mental health outcomes during coronavirus disease 2019 pandemic in Thailand: A nationwide cross-sectional study. *Depress Anxiety*. 2021;38(6):648–60.
56. Burrell A, Selman LE. How do Funeral Practices impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *Omega (United States)* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1177/0030222820941296>
57. Vaswani N. The ripples of death: Exploring the bereavement experiences and mental health of young men in custody. *Howard J Crim Justice*. 2014;53(4):341–59.
58. Aoun SM, Breen LJ, Howting DA, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(3):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0121101>
59. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Reitz E, Vollebergh WAM, van Baar AL. Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016;25(1):49–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0695-3>
60. Moore KJ, Sampson EL, Kupeli N, Davies N. Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 era. *Int Psychogeriatrics*. 2020;32(10):1245–8.

61. Andriessen K, Mowl J, Lobb E, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. “Don’t bother about me.” The grief and mental health of bereaved adolescents. *Death Stud.* 2018;42(10):607–15.
62. Stroebe M, Schut H. Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *Omega (United States)* [Internet]. 2021;82(3):500–22. Available from: <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
63. Nobles, J., Martin, F., Dawson, S., Moran, P. and Savovic, J. The potential impact of COVID-19 on mental health outcomes and the implications for service solutions. 15 April 2020. Available from: <https://arc-w.nihr.ac.uk/research-and-implementation/covid-19-response/potential-impact-of-covid-19-on-mental-health-outcomes-and-the-implications-for-service-solutions/>
64. Zaami S, Marinelli E, Vari MR. New Trends of Substance Abuse During COVID-19 Pandemic: An International Perspective. *Front Psychiatry.* 2020;11(July):1–4.
65. Avena NM, Simkus J, Lewandowski A, Gold MS, Potenza MN. Substance Use Disorders and Behavioral Addictions During the COVID-19 Pandemic and COVID-19-Related Restrictions. *Front Psychiatry.* 2021;12(April):1–7.
66. Taylor S, Paluszek MM, Rachor GS, McKay D, Asmundson GJG. Substance use and abuse, COVID-19-related distress, and disregard for social distancing: A network analysis. *Addict Behav* [Internet]. 2021;114:106754. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106754>
67. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2020;14(5):817–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.008>
68. Melamed OC, Hauck TS, Buckley L, Selby P, Mulsant BH. COVID-19 and persons with substance use disorders: Inequities and mitigation strategies. *Subst Abus* [Internet]. 2020;41(3):286–91. Available from: <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1784363>
69. Sarvey D, Welsh JW. Adolescent substance use: Challenges and opportunities related to COVID-19. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2021;122(August):108212. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108212>
70. Zou Z, Wang H, d’Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of substance and non-substance addiction. *Adv Exp Med Biol.* 2017;1010(January 2020):21–41.
71. Callan JP. Underage Drinking. *JAMA J Am Med Assoc.* 1993;269(11):1385.
72. Rebalancing the “COVID-19 effect” on alcohol sales [Internet]. NielsenIQ. Available from: <https://nielseniq.com/global/en/insights/analysis/2020/rebalancing-the-covid-19-effect-on-alcohol-sales/>
73. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, *et al.*, Domestic violence and mental health: A cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action.* 2014;7(1).
74. Liu M, Xue J, Zhao N, Wang X, Jiao D, Zhu T. Using Social Media to Explore the Consequences of Domestic Violence on Mental Health. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021;36(3–4):NP1965-1985NP. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260518757756>
75. Sagar R, Hans G. Domestic violence and mental health. *J Ment Heal Hum Behav.* 2018;23(1):2.
76. Kumar A. COVID-19 and Domestic Violence: A Possible Public Health Crisis. *J Health Manag* [Internet]. 2020;22(2):192–6. Available from: <https://doi.org/10.1177/0972063420932765>
77. Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *J Crim Justice* [Internet]. 2021;74(March):101806. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
78. Malik, Sana; Naeem K. Impact of COVID-19 Pandemic on Women: Health, livelihoods & domestic violence. *Sustain Dev Policy Institute* [Internet]. 2020;1–10. Available from: <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/01/Covid19-impact-on-women.pdf>
79. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;293(August):113429. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
80. Fiorillo A, Sampogna G, Giallonardo V, Del Vecchio V, Luciano M, Albert U, *et al.*, Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET

- collaborative network. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1).
81. Ahrens KF, Neumann RJ, Kollmann B, Plichta MM, Lieb K, Tüscher O, *et al.*, Differential impact of COVID-related lockdown on mental health in Germany. *World Psychiatry*. 2021;20(1):140–1.
 82. Sachser C, Olaru G, Pfeiffer E, Brähler E, Clemens V, Rassenhofer M, *et al.*, The immediate impact of lockdown measures on mental health and couples' relationships during the COVID-19 pandemic - results of a representative population survey in Germany. *Soc Sci Med*. 2021;278.
 83. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, *et al.*, COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11(August):7–12.
 84. Hiremath P, Suhas Kowshik CS, Manjunath M, Shettar M. COVID 19: Impact of lock-down on mental health and tips to overcome. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102088. doi:10.1016/j.ajp.2020.102088.
 85. Akhtar A, Bawaneh A, Awwad M, Al-Hayek H, Sijbrandij M, Cuijpers P, *et al.*, A longitudinal study of mental health before and during the COVID-19 pandemic in Syrian refugees. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1–16.
 86. Serrano-Alarcón M, Kentikelenis A, Mckee M, Stuckler D. Impact of COVID-19 lockdowns on mental health: Evidence from a quasi-natural experiment in England and Scotland. *Heal Econ (United Kingdom)*. 2022;31(2):284–96.
 87. Ramiz L, Contrand B, Rojas Castro MY, Dupuy M, Lu L, Sztal-Kutas C, *et al.*, A longitudinal study of mental health before and during COVID-19 lockdown in the French population. *Global Health*. 2021;17(1):1–16.
 88. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord*. 2020;19(2):1967–78.
 89. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(6):1583–7.
 90. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre A, Bedregal P, *et al.*, Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers. *Rev Med Chil*. 2021;149(8):1205–14.
 91. Cao J, Wei J, Zhu H, Duan Y, Geng W, Hong X, *et al.*, A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):252–4.
 92. Antonijevic J, Binic I, Zikic O, Manojlovic S, Tomic-Golubovic S, Popovic N. Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Brain Behav*. 2020;10(12):1–9.
 93. Badahdah A, Khamis F, Al Mahyijari N, Al Balushi M, Al Hatmi H, Al Salmi I, *et al.*, The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(1):90–5.
 94. Hummel S, Oetjen N, Du J, Posenato E, De Almeida RMR, Losada R, *et al.*, Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight european countries: Cross-sectional survey study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1).
 95. Hall H. The effect of the COVID-19 pandemic on healthcare workers' mental health. *J Am Acad Physician Assist*. 2020;33(7):45–8.
 96. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res [Internet]*. 2017;94:218–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001>
 97. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O, *et al.*, Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res [Internet]*. 2015;228(3):612–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.044>
 98. Vidourek RA, King KA, Nabors LA, Merianos AL. Students' benefits and barriers to mental health help-seeking. *Heal Psychol Behav Med [Internet]*. 2014;2(1):1009–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.963586>
 99. Bharadwaj P, Pai MM, Suziedelyte A. Mental health stigma. *Econ Lett [Internet]*. 2017;159:57–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.econlet.2017.06.028>

100. Morris SB. Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10).
101. Mak WWS, Chong ESK, Wong CCY. Beyond attributions: Understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *Am J Orthopsychiatry.* 2014;84(2):173–81.
102. Arboleda-Flórez J, Stuart H. From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *Can J Psychiatry.* 2012;57(8):457–63.
103. Stuart H. Global mental health Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Heal [Internet].* 2016;3(e17):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>
104. Sheffler ZM, Abdijadid S. Antidepressants. [Updated 2021 Nov 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538182/>
105. Comparison AP. *The Interface.* 2014;11(3):37–42.
106. Yong RJ, Nguyen M, Nelson E, Urman RD. Pain medicine: An essential review. *Pain Med An Essent Rev.* 2017;1–606.
107. Dale E, Bang-Andersen B, Sánchez C. Emerging mechanisms and treatments for depression beyond SSRIs and SNRIs. *Biochem Pharmacol.* 2015;95(2):81–97.
108. Locher M, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I, *et al.*, Efficacy and Safety of SSRIs, SNRIs, and Placebo in Common Psychiatric Disorders: A Comprehensive Meta-Analysis in Children and Adolescents. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(10):1011–20.
109. Infomed [Internet]. Infarmed.pt. [cited 2022 May 17]. Available from: https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=a75953106c8711e294c6edfc1c27d53c
110. Ogata N, de Souza Dantas LM, Crowell-Davis SL. Selective serotonin reuptake inhibitors. *Vet Psychopharmacol.* 2019;(2004):103–28.
111. Clevenger SS, Malhotra D, Dang J, Vanle B, IsHak WW. The role of selective serotonin reuptake inhibitors in preventing relapse of major depressive disorder. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2018;8(1):49–58.
112. Moraczewski J, Aedma KK. Tricyclic Antidepressants. [Updated 2021 Nov 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/?report=classic>
113. Schneider J, Patterson M, Jimenez XF. Beyond depression: Other uses for tricyclic antidepressants. *Cleve Clin J Med.* 2019;86(12):807–14.
114. Ulrich S, Ricken R, Buspavanich P, Schlattmann P, Adli M. Efficacy and Adverse Effects of Tranylcypromine and Tricyclic Antidepressants in the Treatment of Depression: A Systematic Review and Comprehensive Meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2020;40(1):63–74.
115. Khalid MM, Waseem M. Tricyclic Antidepressant Toxicity. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2021. PMID: 28613681
116. Shulman KI, Herrmann N, Walker SE. Current place of monoamine oxidase inhibitors in the treatment of depression. *CNS Drugs.* 2013;27(10):789–97.
117. Entzeroth M, Ratty AK. Monoamine Oxidase Inhibitors—Revisiting a Therapeutic Principle. *Open J Depress.* 2017;06(02):31–68.
118. Sub Laban T, Saadabadi A. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) [Updated 2021 Aug 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539848/>

119. Chamberlain SR, Baldwin DS. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) in Psychiatric Practice: How to Use them Safely and Effectively. *CNS Drugs* [Internet]. 2021;35(7):703–16. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00832-x>
120. Kishi T, Iwata N. Meta-analysis of noradrenergic and specific serotonergic antidepressant use in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014;17(2):343–54.
121. Infomed [Internet]. Infarmed.pt. [cited 2022 May 17]. Available from: https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=20c9ab7020f611e68620ecbdb4ca0e0c
122. Guina J, Merrill B. Benzodiazepines I: Upping the care on downers: The evidence of risks, benefits and alternatives. *J Clin Med*. 2018;7(2).
123. Wick JY. The history of benzodiazepines. *Consult Pharm*. 2013;28(9):538–48.
124. Baldwin DS, Aitchison K, Bateson A, Curran HV, Davies S, Leonard B, *et al.*, Benzodiazepines: Risks and benefits. A reconsideration. *J Psychopharmacol*. 2013;27(11):967–71.
125. Carmichael O, Lockhart S. Neurotrophins and. *Brain Imaging Behav Neurosci* [Internet]. 2012;(November 2011):289–320. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/7854_2011_176
126. Bounds CG, Nelson VL. Benzodiazepines. [Updated 2021 Nov 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470159/>
127. Jeffcoat T, Hayes SC. A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behav Res Ther* [Internet]. 2012;50(9):571–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.008>
128. Mumbauer J, Kelchner V. Promoting Mental Health Literacy through Bibliotherapy in School-Based Settings. *Prof Sch Couns*. 2017;21(1):1096-2409-21.1.
129. Monroy-Fraustro D, Maldonado-Castellanos I, Aboites-Molina M, Rodríguez S, Sueiras P, Altamirano-Bustamante NF, *et al.*, Bibliotherapy as a Non-pharmaceutical Intervention to Enhance Mental Health in Response to the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Systematic Review and Bioethical Meta-Analysis. *Front Public Heal*. 2021;9(March).
130. Brewster L, Mcnicol S. Bibliotherapy in practice: a person-centred approach to using books for mental health and dementia in the community. *Med Humanit*. 2021;47(4):1–10.
131. McCulliss D. Bibliotherapy: Historical and research perspectives. *J Poet Ther*. 2012;25(1):23–38.
132. Chamberlain D. The experience of older adults who participate in a bibliotherapy/poetry group in an older adult inpatient mental health assessment and treatment ward. *J Poet Ther* [Internet]. 2019;32(4):223–39. Available from: <https://doi.org/10.1080/08893675.2019.1639879>
133. O’Neil A, Quirk SE, Housden S, Brennan SL, Williams LJ, Pasco JA, *et al.*, Relationship between diet and mental health in children and adolescents: A systematic review. *Am J Public Health*. 2014;104(10):e31–42.
134. Bremner JD, Moazzami K, Wittbrodt MT, Nye JA, Lima BB, Gillespie CF, *et al.*, Diet, stress and mental health. *Nutrients*. 2020;12(8):1–27.
135. Collins S, Dash S, Allender S, Jacka F, Hoare E. Diet and Mental Health During Emerging Adulthood: A Systematic Review. *Emerg Adulthood*. 2020;
136. Owen L, Corfe B. The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing. *Proc Nutr Soc*. 2017;(July 2017):1–2.

137. Jacka FN, Rethon C, Taylor S, Berk M, Stansfeld SA. Diet quality and mental health problems in adolescents from East London: A prospective study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(8):1297–306.
138. Choda N, Wakai K, Naito M, Imaeda N, Goto C, Maruyama K, *et al.*, Associations between diet and mental health using the 12-item General Health Questionnaire: Cross-sectional and prospective analyses from the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study. *Nutr J.* 2020;19(1):1–14.
139. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2016;173(7):680–7.
140. Ravitz P, Watson P, Lawson A, Constantino MJ, Bernecker S, Park J, *et al.*, Interpersonal Psychotherapy: A Scoping Review and Historical Perspective (1974-2017). *Harv Rev Psychiatry.* 2019;27(3):165–80.
141. Swartz HA, Grote NK, Graham P. Brief Interpersonal Psychotherapy (IPT-B): Overview and review of evidence. *Am J Psychother.* 2014;68(4):443–62.
142. Markowitz JC, Lipsitz J, Milrod BL. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2014;31(4):316–25.
143. van Hees MLJM, Rotter T, Ellermann T, Evers SMAA. The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: A systematic review. *BMC Psychiatry.* 2013;13.
144. Weissman M, Verdelli H. Interpersonal Psychotherapy: Evaluation, Support, Triage. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19(2):106–12.
145. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, *et al.*, Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;5(9):739–46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)
146. Grasdalsmoen M, Eriksen HR, Lønning KJ, Sivertsen B. Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):1–11.
147. Pauff SM, Miller SC. 基因的改变 NIH Public Access. *Bone* [Internet]. 2012;78(2):711–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
148. Bertheussen GF, Romundstad PR, Landmark T, Kaasa S, Dale O, Helbostad JL. Associations between physical activity and physical and mental health-A HUNT 3 study. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(7):1220–8.
149. Doré I, O’Loughlin JL, Schnitzer ME, Datta GD, Fournier L. The longitudinal association between the context of physical activity and mental health in early adulthood. *Ment Health Phys Act* [Internet]. 2018;14:121–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.04.001>
150. Asare M, Danquah SA. The relationship between physical activity, sedentary behaviour and mental health in Ghanaian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015;9(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0043-x>
151. Hawker CL. Physical activity and mental well-being in student nurses. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2012;32(3):325–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.07.013>
152. Wind TR, Rijkeboer M, Andersson G, Riper H. The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interv* [Internet]. 2020;20(March):100317. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
153. Gaebel W, Stricker J. E-mental health options in the COVID-19 pandemic and beyond. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(8):441–2.

154. Lal S, Adair CE. E-mental health: A rapid review of the literature. *Psychiatr Serv.* 2014;65(1):24–32.
155. Bäuerle A, Graf J, Jansen C, Dörrie N, Junne F, Teufel M, *et al.*, Correspondence an e-mental health intervention to support burdened people in times of the COVID-19 pandemic: Cope it. *J Public Heal (United Kingdom).* 2020;42(3):647–8.
156. Moock J. Support from the internet for individuals with mental disorders: Advantages and disadvantages of e-mental health service delivery. *Front Public Heal.* 2014;2(JUN):1–6.
157. Achilles MR, Anderson M, Li SH, Subotic-Kerry M, Parker B, O’Dea B. Adherence to e-mental health among youth: Considerations for intervention development and research design. *Digit Heal.* 2020;6:1–9.
158. Casey LM, Joy A, Clough BA. The impact of information on attitudes toward e-mental health services. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2013;16(8):593–8.
159. Lal S. E-mental health: Promising advancements in policy, research, and practice. *Healthc Manag Forum.* 2019;32(2):56–62.
160. MacDonald O, Smith K, Marven M, Broughton N, Geddes J, Cipriani A. How pharmacist prescribers can help meet the mental health consequences of COVID-19. *Evid Based Ment Health.* 2020;23(4):131.
161. Hayden JC, Parkin R. The challenges of COVID-19 for community pharmacists and opportunities for the future. *Ir J Psychol Med.* 2020;37(3):198–203.
162. Murphy AL, Gardner DM, Jacobs LM. Patient care activities by community pharmacists in a capitation funding model mental health and addictions program. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1–15.
163. McMillan SS, Stapleton H, Stewart V, Wheeler AJ, Kelly F. A qualitative study exploring opportunities for pharmacists to connect with young mental health consumers. *J Am Pharm Assoc [Internet].* 2020;60(5):S23–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.02.018>
164. Frick A, Osaie L, Ngo S, Anksorus H, Williams CR, Rodgers PT, *et al.*, Establishing the role of the pharmacist in mental health: Implementing Mental Health First Aid into the doctor of pharmacy core curriculum. *Curr Pharm Teach Learn [Internet].* 2021;13(6):608–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2021.01.027>
165. Richardson TE, O’Reilly CL, Chen TF. A comprehensive review of the impact of clinical pharmacy services on patient outcomes in mental health. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(2):222–32.
166. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One.* 2018;13(5):1–20.
167. Ng SH, Tan NJH, Luo Y, Goh WS, Ho R, Ho CSH. A Systematic Review of Youth and Teen Mental Health First Aid: Improving Adolescent Mental Health. *J Adolesc Heal [Internet].* 2021;69(2):199–210. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.10.018>
168. About MHFA [Internet]. Mental Health First Aid. 2013 [cited 2022 January 17]. Available from: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/about/>
169. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. Who.int. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
170. Armitage R. Antidepressants, primary care, and adult mental health services in England during COVID-19. *The Lancet Psychiatry [Internet].* 2021;8(2):e3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30530-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30530-7)

171. Gonz C, Virginia D, Ru C, Nievas-soriano BJ, Rebollo-lavado B. Consumption of Psychiatric Drugs in Primary Care during the COVID-19 Pandemic. 2022;
172. Levaillant M, Wathelet M, Lamer A, Riquin E, Gohier B, Hamel-Broza JF. Impact of Covid-19 pandemic and lockdowns on the consumption of anxiolytics, hypnotics, and antidepressants according to age groups: A French nationwide study. Psychol Med. 2021;