Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Minervino, Alfredo José; Oliveira, Marina Barbosa de;
Cunha, Kaio Aranda Lima da; Bereza, Ygor Thalles Almeida
Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência
Revista Bioética, vol. 28, núm. 4, 2020, Octubre-Diciembre, pp. 647-654
Conselho Federal de Medicina

DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422020284428

Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570653009

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Revista Bioética
Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 1983-8034
Rev. Bioét. vol.28 no.4 Brasília Oct./Dic. 2020
Doi: 10.1590/1983-80422020284428

INVESTIGACIÓN

Desafíos en salud mental durante la pandemia: informe de experiencia

Alfredo José Minervino [1], *Marina Barbosa de Oliveira* [1], *Kaio Aranda Lima da Cunha* [1], *Ygor Thalles Almeida Bereza* [1]

1. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Resumen

La adaptación de la atención de la salud mental durante la pandemia de covid-19 se vio facilitada por cambios en la legislación médica actual. La telemedicina ha brindado oportunidades para tratar, controlar e identificar trastornos mentales de otro modo. Este artículo tiene como objetivo relatar la experiencia del servicio de salud mental de un hospital universitario y de la residencia médica en psiquiatría durante este período. La atención ambulatoria incluyó telemedicina y consultas presenciales según la gravedad, y se creó el proyecto "Acogiendo la Salud Mental en Tiempos de Pandemia" para ayudar a los profesionales del hospital. Se espera que en el futuro se utilice la telemedicina como herramienta para la atención de la salud mental. Para ello, será necesario formar profesionales y evaluar la calidad de este recurso.
Palabras clave: Pandemias. Infecciones por coronavirus. Salud mental. Consulta remota.

Resumo

Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência

A readequação do atendimento em saúde mental durante a pandemia de covid-19 foi facilitada por mudanças na legislação médica vigente. O teleatendimento trouxe oportunidades para tratar, acompanhar e identificar os transtornos mentais de modo diferente. Este artigo tem por objetivo relatar a experiência do serviço de saúde mental de um hospital universitário e da residência médica em psiquiatria durante este período. A assistência ambulatorial incluiu teleatendimento e consultas presenciais conforme a gravidade, e foi criado o projeto Acolhimento em Saúde Mental em Tempos de Pandemia para assistir os profissionais do hospital. Espera-se que no futuro o teleatendimento seja usado como ferramenta para o cuidado em saúde mental, sendo ainda necessário treinar os profissionais e avaliar a qualidade desse recurso.
Palavras-chave: Pandemias. Infecções por coronavírus. Saúde mental. Consulta remota.

Abstract

Mental health challenges during the pandemic: an experience report

The readjustment in the care of mental health patients during the Covid-19 pandemic was facilitated by changes in the current medical legislation. Telemedicine brought forth opportunities to treat, monitor and identify mental disorders in different ways. This article reports the experience of the mental health service in a teaching hospital and psychiatry residency program during this period. Outpatient care included telemedicine appointments and face-to-face visits, according to severity criteria, and the project Embracing Mental Health in Times of Pandemic was created to assist hospital health staff. The prospect for the future is the use of teleservice as a tool for mental health care, which requires better training for professionals and evaluating the quality of this modality.
Keywords: Pandemics. Coronavirus infections. Mental health. Remote consultation.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Salud mental y pandemia de covid-19

Las medidas de distanciamiento social son esenciales para reducir la velocidad de propagación del nuevo coronavirus (covid-19). Para ello, además de reorganizar recursos financieros y redistribuir camas de internación hospitalaria, insumos y recursos humanos, los servicios de salud optaron por suspender consultas ambulatorias electivas [1]. La imposibilidad de extinguir esta modalidad de atención llevó al Consejo Federal de Medicina a reconocer excepcionalmente la responsabilidad y eticidad del uso temporal de la telemedicina, con orientación, monitoreo e interconsulta remotos, durante la pandemia [2].

Importantes cambios en la legislación brasileña también han hecho factible la prescripción electrónica [3], la entrega a domicilio de medicamentos sujetos a un control especial y la dispensación de más medicamentos con una sola receta [4]. Las experiencias previas respaldan la efectividad de la telemedicina en salud mental en casos de depresión [5], ansiedad [6] y trastorno de estrés postraumático (TEPT) [7]. El uso de este recurso ha aumentado en todo el mundo, y muchos países lo han adoptado priorizando a las personas con mayor riesgo de exposición a la covid-19 [8]. Los primeros informes muestran que principalmente las personas aisladas buscaban activamente apoyo en línea en salud mental [9].

Los países con recursos financieros escasos han priorizado medidas de control de la transmisión y manejo de las formas graves de la enfermedad. Sin embargo, la pandemia puede afectar seriamente la situación económica, social y de promoción de la salud a largo plazo [10]. Los pacientes psiquiátricos y las poblaciones vulnerables necesitan atención de salud mental calificada debido al riesgo de agravar la enfermedad de base y la aparición de comorbilidades psiquiátricas, como el TEPT, la ansiedad y depresión severas, los trastornos del sueño y el suicidio [11].

Los factores sociales, como el abandono familiar y la vivienda deficiente, pueden dificultar la adhesión de pacientes con trastornos mentales graves (TMG) a las medidas de aislamiento social, haciéndolos más vulnerables a la contaminación. Además, enfermedades como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar tienen deficiencias cognitivas y menor escolaridad, lo que imposibilita el cumplimiento de las medidas preventivas básicas, como la higiene [12]. La dificultad en acompañar e interpretar informaciones obtenidas en los medios puede aún agravar cuadros psiquiátricos preexistentes y dificultar la adhesión al tratamiento, especialmente entre los agudamente enfermos.

El uso de tabaco puede ser también factor de riesgo para el surgimiento de formas graves de covid-19 en esta población. Se estima que alrededor del 64% de los esquizofrénicos y el 44% de los afectados por trastorno afectivo bipolar fuman [13]. El tabaquismo aumenta el riesgo al aumentar la exposición a los fómites, y también se cree que los fumadores tienen mayor expresión de la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 en el epitelio bronquial, lo que puede estar relacionado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad [14].

Sumados a los factores inherentes al paciente, los servicios de salud mental son también más propicios a la contaminación porque en su mayoría están proyectados de forma a priorizar la interacción social. Además, en general, es raro que se requiera el uso de equipos de protección personal en estos entornos, que pueden estar poco disponibles y el equipo puede no ser capaz de utilizarlos correctamente [12]. Los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves de infección por covid-19, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, también son más asociados con la TMG, cuya población ya presenta tasa de mortalidad 3,7 veces mayor que el público en general [15].

La dificultad de acceso a servicios especializados en salud mental de emergencia durante el período de aislamiento, el estigma vivido por los que padecen trastornos mentales y la falta de entrenamiento de los servicios de emergencias clínicas para atender a esta población favorecen el surgimiento de una epidemia de trastornos mentales concomitante o posterior a la de la covid-19 [16]. En este escenario, la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP) [17] recomendó que los servicios de emergencias psiquiátricas ya existentes permanecieran abiertos y que se crearan nuevos locales para conducir pacientes en brote o crisis. Resaltó también la necesidad de entrenar a los equipos de salud en emergencias psiquiátricas, especialmente las del Servicio Móvil de Atención de Emergencia (Samu), con soporte remoto del médico psiquiatra en cuanto a la mejor forma de encaminar al paciente para atención [17].

Para evitar la propagación del coronavirus entre los pacientes hospitalizados en camas psiquiátricas, la ABP [17] también recomendó atención domiciliaria cuando fuera posible, estancia hospitalaria corta, uso continuo de mascarilla en pacientes sintomáticos y reducción de la frecuencia de visitas familiares. Para los Centros de Atención Psicosocial,

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284428

aconsejó suspender actividades en grupo y reducir el número de consultas individuales al mínimo necesario para el usuario. En lo que se refiere a la atención en psiquiatría infantil, orientó la remoción de juguetes, evaluación prioritaria de la escucha de los padres antes de atender al niño, cuidados intensos con limpieza de superficies y uso de juegos evaluativos evitando el contacto cercano [18].

Además de adecuarse a las recomendaciones del Ministerio de salud, Consejo Federal de Medicina y ABP, el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Lauro Wanderley (SP-HULW) se adhirió de forma prioritaria a la modalidad de telemedicina, reservando la asistencia ambulatoria a los casos de descompensación de los TMG. También desarrolló un plan de acción para orientar a sus empleados en la prevención y tratamiento temprano de los trastornos mentales relacionados con el período pandémico.

Así, con el fin de describir con precisión la experiencia de este servicio y contribuir al área de actividad, este artículo relata la experiencia del funcionamiento del servicio de salud mental de un hospital universitario y residencia médica en psiquiatría durante la pandemia de la covid-19. Tales descripciones no necesariamente necesitan ser exitosas, siempre que contribuyan para mejorar la práctica o sean relevantes para el cuidado en salud [19].

Reajuste de la atención durante la pandemia

Diversas dificultades han sido enfrentadas para mantener los servicios de salud mental, como el alejamiento de funcionarios que se encuadran en el grupo de riesgo y el desplazamiento de personal para áreas de atención consideradas prioritarias. Con el objetivo de garantizar la asistencia, el SP-HULW creó frentes de trabajo de emergencia relacionados con la atención al paciente en internación psiquiátrica, interconsulta, acogimiento y servicio ambulatorio especial y búsqueda activa, previendo acciones durante y después del período de aislamiento social.

Durante la primera fase se han garantizado visitas de especialistas a las camas de responsabilidad de la residencia médica del hospital psiquiátrico estatal, interconsultas a los pacientes de otras especialidades ingresados en el hospital universitario y suministro de recetas y certificados para pacientes acompañados en el servicio ambulatorio. Se mantienen también la evaluación continua de la necesidad de atención presencial o remota de pacientes por la búsqueda activa en historias clínicas y contacto telefónico, y la atención a los profesionales del hospital en el ámbito del proyecto Acogiendo la Salud Mental en Tiempos de Pandemia. Con el objetivo de informar a la población y mejorar el enfrentamiento de la situación, temas relevantes en salud mental han sido también divulgados en las redes sociales, promoviéndose también actividades teóricas y discusiones de casos relevantes para capacitar al equipo por medio de aplicaciones.

Después del período de aislamiento, el servicio retomará las atenciones presenciales obedeciendo a criterios de gravedad para programar consultas con el equipo multiprofesional. Se realizarán encuestas epidemiológicas pertinentes después del período de pandemia y luego se reanudarán las actividades regulares.

Atención al paciente hospitalizado: interconsultas y psicofármacos

La atención a los pacientes con TMG que requieren hospitalización ha sido un gran desafío durante la pandemia debido al alto riesgo de contaminación colectiva por covid-19 en estos establecimientos. Además, estos pacientes tienen dificultades para seguir orientaciones de control de la diseminación en ambientes compartidos, y en algunos casos incluso de ejecutar medidas básicas de higiene, como lavarse las manos. Con eso, el reconocimiento de los síntomas clínicos puede retrasarse por la incapacidad del paciente de reconocerlos e informarlos al equipo de salud [12]. Los factores inherentes al tratamiento psiquiátrico, como el uso de clozapina, un antipsicótico atípico utilizado en casos de esquizofrenia refractaria, también pueden resultar en inmunosupresión y aumentar la susceptibilidad a infecciones graves [20].

Para reducir el riesgo de diseminación y contaminación por covid-19, el uso de equipos de protección personal por parte del equipo médico se ha vuelto obligatorio, reduciendo aún más la escala de profesionales y adoptando la teleconsulta cuando sea necesario. Se ha observado que la restricción del acceso a los familiares, a pesar de limitar la circulación de personas, dificulta la obtención de informaciones relevantes sobre el paciente, la elaboración de un plan de cuidados y la programación del alta precoz.

En el hospital psiquiátrico estatal donde también opera la residencia médica SP HULW, se creó un área aislada y reservada para acomodar a los pacientes respiratorios sintomáticos durante la hospitalización, y las personas afectadas por formas graves de

la enfermedad fueron remitidas a hospitales generales. Cuando necesitaban una evaluación psiquiátrica, los pacientes de otras especialidades clínicas, ingresados en el hospital universitario retratado en este estudio, con o sin infección confirmada por covid-19, fueron asistidos mediante interconsultas presenciales programadas.

Los enfermos y familiares de portadores de la enfermedad del coronavirus también fueron incluidos en el plan de asistencia como población de riesgo para desarrollo de trastornos mentales, una vez que sufren con la incertidumbre relacionada al pronóstico y con la inexistencia de tratamientos específicos para enfermedad. Además, este grupo está expuesto a situaciones traumáticas durante la hospitalización y tiene un mayor riesgo de desarrollar TEPT, síntomas depresivos y ansiosos que la población general [21].

La seguridad para el uso de psicofármacos en personas infectadas por covid-19 aún no se ha establecido. Además, a pesar de que el tropismo del virus por el sistema nervioso central haya sido evidenciado, sus consecuencias a largo plazo son desconocidas [22]. En la asistencia al portador de esta enfermedad, el uso de estos fármacos se ha guiado principalmente por el perfil de interacción farmacológica.

Cuando sea necesario, se preferirán los siguientes antidepresivos: agomelatina, bupropión, duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Los antidepresivos tricíclicos, citalopram, mirtazapina y venlafaxina deben evitarse por el riesgo de aumento del intervalo QT/PR observado en el electrocardiograma [23]. De los antipsicóticos, aripiprazol y lurasidona presentan menor riesgo de alteraciones electrocardiográficas, mientras que quetiapina y pimozida no son recomendadas por el mayor riesgo de interacciones medicamentosas. El uso de lítio y valproato como estabilizadores del estado de ánimo parece seguro, pero la carbamazepina debe evitarse por el gran potencial de interacción con otras drogas. La benzodiazepina preferiblemente es lorazepam, cuando se indica [23].

Atención ambulatoria especial

Para facilitar el acceso del usuario al SP-HULW durante la pandemia, se pusieron a disposición y se publicaron en las redes sociales oficiales los números de teléfono para contacto con las diversas especialidades médicas. Las consultas, presenciales o remotas, evaluadas mediante exámenes de detección cara a cara o búsqueda activa, fueron garantizadas a los enfermos que estaban en acompañamiento regular en el hospital. Se acogía la demanda de los pacientes ambulatorios que buscaban el hospital presencialmente y el enfermero hacía el triaje del paciente de acuerdo con la clasificación de riesgo para condiciones médicas psiquiátricas, con base en adaptaciones del protocolo de Manchester [24].

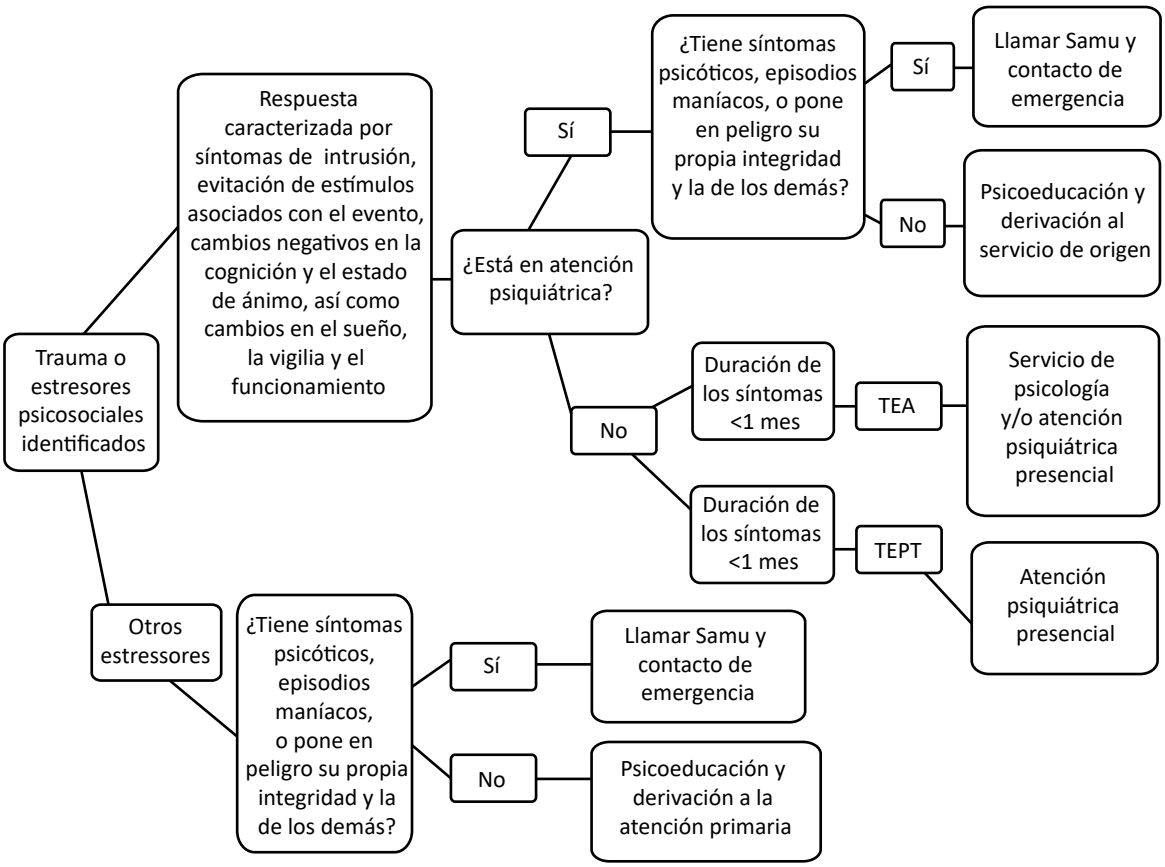
Si el paciente interrumpiera el uso de la medicación, relatara efectos colaterales relacionados a los psicofármacos prescritos por el médico asistente del servicio de psiquiatría, cuando su demanda no fuera contemplada en el protocolo o en los casos en que el enfermero observara posibles emergencias psiquiátricas, los médicos presentes en el ambulatorio tenían autonomía para realizar atención presencial inmediata. En la imposibilidad de remediar la demanda o en ausencia de un médico en el momento de la solicitud, el responsable de la selección encaminaba al paciente para el servicio municipal de pronta atención en salud mental por medio del Samu.

Se contactaron por teléfono en búsquedas activas a los pacientes asistidos en el servicio ambulatorio con la intención de evaluar síntomas, acoger y triar necesidades, en proceso conocido como telemonitoreo y teleorientación. Cuando se identificaban descompensaciones severas pero que no caracterizaban emergencias psiquiátricas, se derivaba al paciente para consulta presencial lo antes posible, y en casos leves y moderados, para la telemedicina. Los pacientes que no tenían descompensación psiquiátrica fueron remitidos a atención primaria o tuvieron la opción de renovar su prescripción médica con el médico de guardia del servicio.

En virtud de la ausencia de recomendaciones específicas para la telemedicina psiquiátrica, se tomaron algunas precauciones especiales, como el requisito de contacto de emergencia, que debe activarse inmediatamente antes del inicio de la atención remota. Se estableció que las llamadas se realizarían por los profesionales en el espacio físico del servicio, en consultorio, y registradas en historias clínicas. En los casos en que durante la atención se observaran posibles alteraciones del nivel de conciencia, riesgo de suicidio u homicidio, síntomas psicóticos o maníacos, el contacto de emergencia y el Samu eran accionados para la derivación inmediata al servicio de emergencia (clínica o psiquiátrica). Con el objetivo de estandarizar las conductas y facilitar la toma de decisiones, se crearon algoritmos (Figuras 1 y 2).

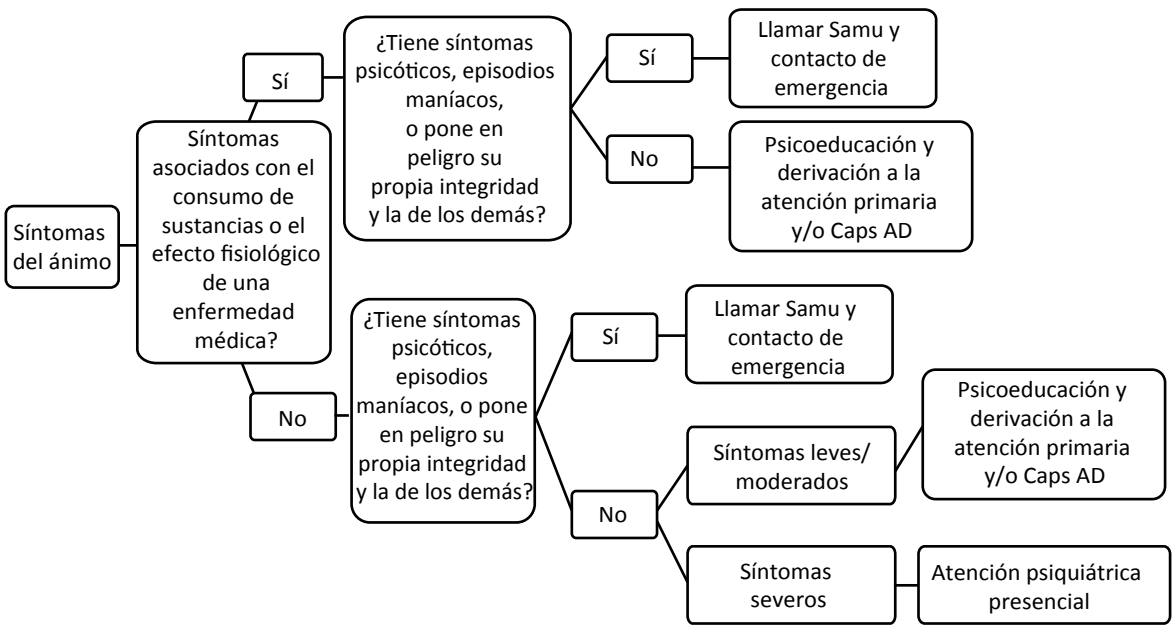
 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284428

Figura 1. Algoritmo de decisión en situaciones de trauma y estrés



Samu: Servicio Móvil de Atención de Emergencia; TEA: trastorno de estrés agudo; TEPT: trastorno de estrés postraumático

Figura 2. Algoritmo de decisión en los síntomas del estado de ánimo



Caps: Centro de Atención Psicosocial; Caps AD: Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas; Samu: Servicio Móvil de Atención de Emergencia

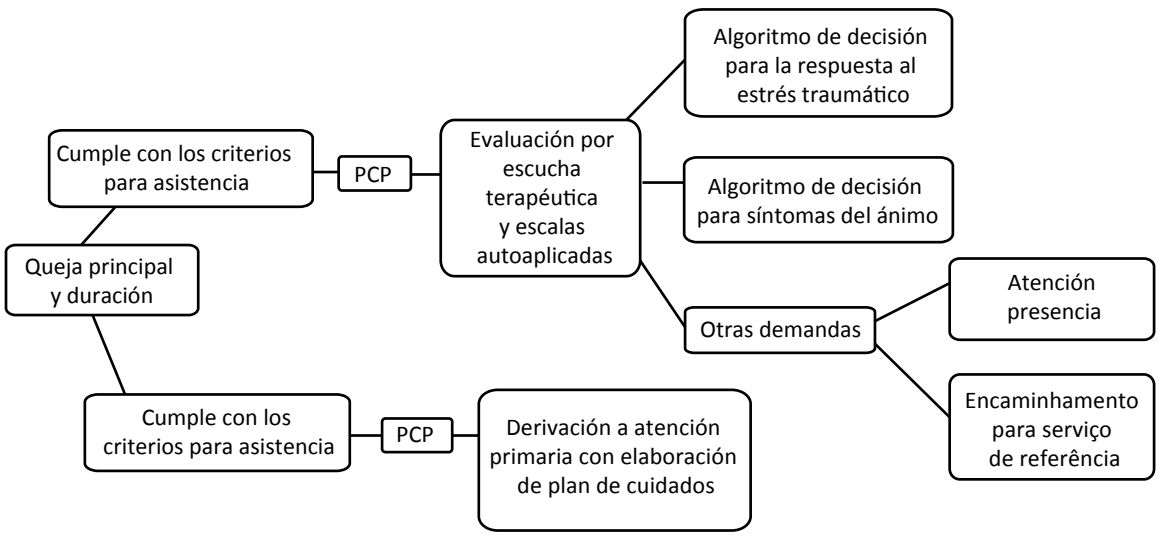
El equipo no tuvo dificultades para adherir a la telemedicina, pero algunos pacientes tuvieron problemas para transmitir informaciones, especialmente los ancianos y portadores de TMG, como consecuencia de limitaciones cognitivas o deficiencias visuales y auditivas. Algunos individuos, a pesar de no presentar restricciones para la atención remota, pueden sentirse molestos al transmitir informaciones por teléfono o videoconferencia; por lo tanto, aún no se sabe si este es un factor limitante para la evaluación sintomatológica. Mientras tanto, el relato familiar ha sido un recurso indispensable para el monitoreo eficaz y el asertividad en la toma de decisiones.

Acogiendo la salud mental en tiempos de pandemia

Experiencias previas evidenciaron que durante períodos pandémicos profesionales de salud están más susceptibles a desarrollar trastorno de estrés agudo, TEPT y uso de sustancias. En la actual pandemia, se ha verificado un aumento en la incidencia de síntomas de trastornos mentales en esta población, siendo los depresivos los más frecuentes, seguidos de los síntomas de ansiedad, insomnio y angustia. Los más afectados entre los profesionales de salud son mujeres, médicos y enfermeros, principalmente los que actúan directamente en el combate a la covid-19 [25]. Con respecto a las medidas para prevenir las enfermedades mentales, la terapia cognitivo-conductual tiene un efecto positivo sobre el sueño, la fatiga, la depresión y el compromiso en el trabajo. También se ha demostrado que otras medidas son eficaces, como las técnicas que utilizan la atención plena, la intervención breve centrada en el estrés y el entrenamiento en resiliencia [26].

El plan de acción de acogida de profesionales, creado con carácter de emergencia, ofreció una escucha calificada a los profesionales del hospital universitario retratado en este estudio. Los interesados solicitaban asistencia a través de un enlace disponible en las redes sociales oficiales, llenaban un formulario con datos sociodemográficos y una escala estandarizada de evaluación del estrés, y eran atendidos de forma remota en 48 horas, recibiendo los primeros cuidados psicológicos (PCP). El equipo multiprofesional realizaba la selección y orientaba al paciente a partir de la evaluación de los eventos traumáticos y estresores asociados, según un algoritmo estandarizado (Figura 3).

Figura 3. Algoritmo de triaje en telemedicina



PCP: primeros cuidados psicológicos

Los PCP tienen como principal finalidad reducir el estrés inicial causado por los eventos potencialmente traumáticos e insertar al sujeto en estrategias de enfrentamiento en corto y largo plazo [27]. Es importante destacar que los PCP se pueden proporcionar por cualquier profesional, pero especialmente por aquellos capacitados y entrenados en salud mental. Tales intervenciones deben responder a las necesidades inmediatas de aquellos que quieren compartir sus experiencias y no deben ser consideradas tratamiento psicoterapéutico, tampoco tener como objetivo el procesamiento emocional [27].

Durante el triaje, todos los profesionales eran acogidos y recibían los PCP. Cuando se identificaron eventos traumáticos y estresantes psicosociales (asociados o no a síntomas del estado de ánimo), se llevó a cabo la investigación activa acerca de presencia y duración de síntomas de intrusión, comportamientos evasivos relacionados al evento, alteraciones cognitivas, síntomas del humor y alteraciones funcionales y del ciclo sueño-vigilia. Cuando se identificaron síntomas del estado de ánimo en ausencia de un evento traumático, el profesional fue dirigido a la atención de acuerdo con la gravedad. El uso de sustancias psicoactivas, el riesgo de suicidio o las condiciones clínicas asociadas se investigaron activamente.

Perspectivas para el futuro

Aunque ampliamente utilizada durante la pandemia, la telemedicina como recurso en salud mental necesita validarse, definiéndose también el perfil del paciente apto a recibirla de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y su acceso y habilidad en el manejo de las tecnologías disponibles. También es necesario validar o crear escalas e instrumentos que mejoren la evaluación no presencial, y sobre todo capacitar a los profesionales para optimizar ese recurso.

Dadas las consecuencias económicas de la pandemia, se estima que la tasa de desempleo aumentará en todo el mundo [28,29], lo que incrementará el número de suicidios y la aparición o empeoramiento de los trastornos mentales [29,30]. De esta forma, es imprescindible que los servicios de salud mental y las autoridades se movilicen para formular medidas preventivas eficaces. Tras la pandemia, y habiendo superado los retos que conlleva, la atención sin duda habrá mejorado, con profesionales más conscientes de sus responsabilidades para comprender, identificar y tratar los trastornos. Desde un punto de vista social, seremos más capaces de formar redes de apoyo y comprender al otro en sus reacciones, sus limitaciones y su *statu quo*.

Referencias

1. Folha informativa covid-19: escritório da Opas e da OMS no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020]. Disponível: https://bit.ly/2UAed9u
2. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1.756/2020 – Cojur [Internet]. 19 mar 2020 [acesso 9 jun 2020]. Disponível: https://bit.ly/3kJJ3aE
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de covid-19. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 56-B, p. 1, 23 mar 2020 [acesso 9 jun 2020]. Seção 1 extra. Disponível: https://bit.ly/32QleaY
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da emergência de saúde pública de importância internacional (Espii) relacionada ao novo coronavírus (Sars-CoV-2). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 57-C, p. 2, 24 mar 2020 [acesso 9 jun 2020]. Seção 1 extra. Disponível: https://bit.ly/3kCzkCP
5. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. Telemedicine for depression: a systematic review. Perspect Psychiatr Care [Internet]. 2010 [acesso 9 jun 2020];46(2):119-26. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2010.00247.x
6. Rees CS, Maclaine E. A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. Aust Psychol [Internet]. 2015 [acesso 9 jun 2020];50(4):259-64. DOI: 10.1111/ap.12122
7. Turgoose D, Ashwick R, Murphy D. Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. J Telemed Telecare [Internet]. 2018 [acesso 9 jun 2020];24(9):575-85. DOI: 10.1177/1357633X17730443
8. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the covid-19 outbreak. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];7(4):e17-8. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
9. O'Brien M, McNicholas F. The use of telepsychiatry during covid-19 and beyond. Ir J Psychol Med [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020]:1-6. DOI: 10.1017/ipm.2020.54
10. Shuja KH, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A. Covid-19 pandemic and impending global mental health implications. Psychiatr Danub [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];32(1):32-5. DOI: 10.24869/psyd.2020.32
11. Huremović D, editor. Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak. Cham: Springer Nature; 2019.
12. Shinn AK, Viron M. Perspectives on the covid-19 pandemic and individuals with serious mental illness. J Clin Psychiatry [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];81(3):20com13412. DOI: 10.4088/JCP.20com13412

13. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, Yolken RH. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. Psychiatr Serv [Internet]. 2013 [acesso 9 jun 2020];64(1):44-50. DOI: 10.1176/appi.ps.201200143
14. Lan J, Ge J, Yu J, Shan S, Zhou H, Fan S et al. Structure of the Sars-CoV-2 spike receptor-binding domain bound to the ACE2 receptor. Nature [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];581:215-20. DOI: 10.1038/s41586-020-2180-5
15. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. Jama Psychiatry [Internet]. 2015 [acesso 9 jun 2020];72(12):1172-81. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1737
16. Ho CSH, Chee CYI, Ho RCM. Mental health strategies to combat the psychological impact of covid-19 beyond paranoia and panic. Ann Acad Med Singap [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];49(3):155-60. Disponível: https://bit.ly/3a64n8n
17. Associação Brasileira de Psiquiatria. Ofício nº 103/2020/ABP/SEC [Internet]. 31 mar 2020 [acesso 9 jun 2020]. Disponível: https://bit.ly/36Wcql6
18. ABP orienta: covid-19. Associação Brasileira de Psiquiatria [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020]. Disponível: https://bit.ly/2IJcDzN
19. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2ª ed. rev. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
20. Leung JG, Nelson S, Barreto JN, Schiavo DN. Necrotizing pneumonia in the setting of elevated clozapine levels. J Clin Psychopharmacol [Internet]. 2016 [acesso 9 jun 2020];36(2):176-8. DOI: 10.1097/JCP.0000000000000470
21. Pereira MD, Oliveira LC, Costa CFT, Bezerra CMO, Pereira MD, Santos CKA, Dantas EHM. A pandemia de covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. Res Soc Dev [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];9(7):e652974548. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4548
22. Hagerty SL, Williams LM. The impact of covid-19 on mental health: the interactive roles of brain biotypes and human connection. Brain Behav Immun Health [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];5:100078. DOI: 10.1016/j.bbih.2020.100078
23. Luykx JJ, Van Veen SMP, Risselada A, Naarding P, Tijdink JK, Vinkers CH. Safe and informed prescribing of psychotropic medication during the covid-19 pandemic. Br J Psychiatry [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];217(3):471-4. DOI: 10.1192/bjp.2020.92
24. Volmer AL, Bridi Filho CAN. Protocolo de Manchester em pauta: como este aborda as questões de saúde mental? RDS Ciênc Hum [Internet]. 2016 [acesso 9 jun 2020];17(1):103-16. DOI: 10.37780/ch.v17i1.2022
25. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. Jama Netw Open [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];3(3):e203976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
26. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. Am J Health Promot [Internet]. 2020 [acesso 5 dez 2020];34(8):929-41. DOI: 10.1177/0890117120920451
27. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Psychosocial Centre. Primeiros socorros psicológicos remotos durante o surto de covid-19 [Internet]. Copenhagen: IFRC; 2020 [acesso 5 out de 2020]. Disponível: https://bit.ly/3pw2W8J
28. Almost 25 million jobs could be lost worldwide as a result of covid-19, says ILO. International Labour Organization [Internet]. 18 mar 2020 [acesso 9 jun 2020]. Disponível: https://bit.ly/2INCgz2
29. Kawohl W, Nordt C. Covid-19, unemployment, and suicide. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];7(5):389-90. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30141-3
30. Klomek AB. Suicide prevention during the covid-19 outbreak. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 [acesso 9 jun 2020];7(5):390. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30142-5

Participación de los autores
Todos los autores discutieron activamente el tema, elaboraron y revisaron el manuscrito.

Correspondencia
Cláudia Ferreira da Silva – Rua Coronel Brito Filho, 254, Fátima CEP 37553-479. Pouso Alegre/MG, Brasil.

Alfredo José Minervino – Magíster – alfredominervino@hotmail.com
0000-0002-6454-4598
Marina Barbosa de Oliveira – Graduada – marinadeoliveira@hotmail.com
0000-0002-5253-4376
Kaio Aranda Lima da Cunha – Graduado – kaio_alc@hotmail.com
0000-0001-8263-7862
Ygor Thalles Almeida Bereza – Graduado – ygor.bereza@gmail.com
0000-0002-5940-2472

Recibido: 8. 6.2020
Revisado: 5.10.2020
Aprobado: 6.11.2020