

Reabilitação das funções mentais, cognitivas e psicológicas após quadro de COVID-19

Créditos

Coordenação do Projeto

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação Geral da DTED/ UNA-SUS/UFMA

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de projetos da UNA-SUS/UFMA

Amanda Rocha Araújo

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Coordenação de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Elza Bernardes Monier

Coordenação de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Mário Antônio Meireles Teixeira

Coordenação de Comunicação da UNA-SUS/UFMA

José Henrique Coutinho Pinheiro

Professor-autor

Samuel Araújo Leite

Validação Técnica – MS

Bethânia Ramos Meireles
Departamento de Gestão da
Educação na Saúde
(DEGES/SGTES/MS)

Rosany Ferreira Rios Fonseca
Carolina Vaccari Simaan
Coordenação-Geral de Ações
Estratégicas, Inovação e Avaliação
da Educação em Saúde
(CGIED/DEGES/SGTES/MS)

Angelo Roberto Gonçalves
Cicero Kaique Pereira Silva
Denise Maria Rodrigues Costa
Diogo do Vale de Aguiar
Flávia da Silva Tavares
Coordenação-Geral de Saúde da
Pessoa com Deficiência
(CGSPD/DAET/SAES/MS)

Nathalie Alves Agripino
Coordenação-geral de Saúde do
Trabalho (CGDEP/DAEVS/SVS/MS)

Daniel Ciampi Araújo de Andrade
Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da USP

Anelise Trigo Cid
Coordenação de Saúde das
Mulheres / Coordenação-Geral de
Ciclos da Vida (COSMU/CGCIVI/
DAPES/SAPS/MS)

Mariana Borges Dias
Coordenação Geral de Atenção
Hospitalar e Domiciliar
(CGAD/DAB/MS)

Virginia Kagure Wachira
Coordenação de Evidências e
Informações Estratégicas para
Gestão em Saúde, Departamento
de Ciência e Tecnologia
(COEVI/DECIT/MS)

Daniela Palma Araújo
Rafael Bernardon Ribeiro
Coordenação-Geral de Saúde
Mental, Álcool e Outras Drogas

Validação Pedagógica
Livia Anniele Sousa Lisboa

Revisão Textual
Mizraim Nunes Mesquita

Design Instrucional
Samira Vasconcelos Gomes

Design Gráfico
Jackeline Mendes Pereira
Agnes Milen Guerra

COMO CITAR ESTE MATERIAL

LEITE, Samuel Araújo. Reabilitação das funções mentais, cognitivas e psicológicas após quadro de COVID-19. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Reabilitação do paciente com sequelas pós-COVID-19. **Reabilitação das funções mentais, cognitivas e psicológicas após quadro de COVID-19**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

© 2021. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Universidade Federal do Maranhão. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial, sem a autorização expressa dos seus autores, conf. Lei de Direitos Autorais-LDA. (Lei n.º 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
1. REABILITAÇÃO DO PACIENTE APÓS COVID-19	5
1.1. Reabilitação Cognitiva e Neuropsicológica pós-COVID-19	7
1.2. Reabilitação em Saúde Mental na pandemia da COVID-19	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

Apresentação

Olá, aluna(o)!

No contexto da pandemia da COVID-19, precisamos observar atentamente que não apenas os pacientes acometidos por essa doença podem precisar de cuidados, mas também todos aqueles que, mesmo indiretamente, são afetados por ela.

Reabilitação refere-se a intervenções que visam à recuperação de sequelas advindas de um adoecimento prévio, a fim de devolver ao paciente sua funcionalidade e independência, proporcionando alívio quanto às perturbações e promovendo o restabelecimento de adaptação física, psicológica e social do indivíduo incapacitado.

Neste recurso educacional, abordaremos a reabilitação cognitiva e neuropsicológica dos pacientes com sequelas após a COVID-19, bem como a reabilitação em saúde mental da população afetada pela pandemia.

Bons estudos!



OBJETIVO

Ao final deste material, esperamos que você consiga compreender a reabilitação cognitiva, neuropsicológica e em saúde mental do paciente após a COVID-19.

1. REABILITAÇÃO DO PACIENTE APÓS COVID-19

Quando falamos sobre reabilitação, nos referimos a diversas intervenções focadas na remediação\recuperação de sequelas variadas, advindas de um adoecimento prévio, a fim de devolver ao paciente sua funcionalidade (total ou parcialmente), independência e alívio quanto às perturbações causadas por tais sequelas, promovendo o restabelecimento do mais alto nível de adaptação física, psicológica e social do indivíduo incapacitado¹.

Diferentes processos da reabilitação dos pacientes durante a pandemia da COVID-19 deverão ser cuidadosamente planejados, tendo em vista **a fase do adoecimento do paciente** (aguda, subaguda ou a longo prazo) e **os ambientes onde a reabilitação será realizada** (Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enfermarias, Hospital Dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de reabilitação ou mesmo no domicílio do paciente ou por meio de telessaúde, em casos em que restrições e medidas de segurança sanitária relacionadas à pandemia - como as de distanciamento social - impeçam intervenções presenciais)².

Entende-se que o processo de reabilitação seja sempre conduzido de maneira multidisciplinar, intervindo em todas as esferas relevantes da vida e saúde do paciente, em diferentes fases de seu tratamento, para que o suporte necessário durante esse processo seja estendido não apenas ao paciente, mas também aos seus cuidadores, que também terão papel ativo no curso da reabilitação. Na imagem abaixo, podemos perceber todos os profissionais envolvidos nesse processo.



Nesse contexto, o treinamento dos familiares e cuidadores é essencial, pois permitirá que o cuidado reabilitativo seja administrado no paciente em todos os momentos de sua necessidade, em seu ambiente familiar.

Para que familiares e cuidadores possam ativamente contribuir para o processo de reabilitação do paciente, deverá ser dispensada a eles uma **rede de apoio e informações quanto a diversos procedimentos a serem realizados**, como³:

Adaptação de diferentes ambientes domésticos para melhor acomodar as necessidades do paciente;

Técnicas para higienização própria e do paciente;

Estratégias e orientações quanto ao preparo de alimentos específicos às necessidades nutricionais do reabilitando;

Manejo de medicamentos e equipamentos/aparelhos usados no tratamento e reabilitação do paciente em ambiente doméstico;

Além de outros cuidados e orientações que devem ser estendidos ao paciente e seus cuidadores.

No caso de profissionais de saúde atuando nos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a operacionalização dos atendimentos aos pacientes em processo de reabilitação durante a pandemia da COVID-19 não apenas garantirá o melhor aproveitamento do tempo das sessões, mas também garantirá a segurança de todos os envolvidos nesse processo. Assim, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a redução no número de pessoas presentes em determinado ambiente doméstico durante a realização de intervenções reabilitativas e técnicas de higienização própria, do paciente e dos ambientes utilizados, são de vital importância para minimizar os riscos de transmissão e infecção pela COVID-19.



LEITURA COMPLEMENTAR

Para encontrar informações sobre estratégias de reabilitação de pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 durante a pandemia da COVID-19, leia a cartilha da Organização Pan-Americana de Saúde:

- [Considerações sobre a reabilitação durante o surto de COVID-19.](#)

1.1 Reabilitação Cognitiva e Neuropsicológica pós-COVID-19

Procedimentos reabilitativos no contexto cognitivo e neuropsicológico dizem respeito a intervenções focadas na melhora de deficits cognitivos, emocionais, psicossociais e comportamentais causados por alterações no funcionamento do sistema nervoso central em doenças neuropsiquiátricas.

Antes de ser iniciado um processo reabilitativo, é necessário que avaliações sejam conduzidas para identificar os comprometimentos que serão alvo da reabilitação. As avaliações devem ser realizadas por profissionais específicos relacionados às necessidades do paciente (por exemplo, neuropsicólogos\psicólogos para avaliações relacionadas à cognição, humor e funcionamento mental geral; fonoaudiólogos para avaliações relacionadas à produção\compreensão da fala\linguagem; terapeutas ocupacionais para avaliações relacionadas à funcionalidade; fisioterapeutas para avaliar o funcionamento motor etc.), com base nos sintomas de dificuldades e\ou comprometimentos clinicamente observados.

Para que uma avaliação seja conduzida no contexto cognitivo e neuropsicológico, é preciso usar instrumentos adequados para um objetivo específico, definidos pela necessidade do paciente e pelo clínico que o avaliará. Por exemplo, em situações em que uma avaliação geral da capacidade cognitiva e intelectual, por meio de testes padronizados, não for possível de ser realizada, deve-se optar por escalas que rastreiem tais domínios para se obter uma medida estimada quanto aos comprometimentos.

A escolha de escalas, testes ou outros materiais validados deve ser determinada pelo clínico com base nas necessidades do paciente e do construto do instrumento selecionado para o objetivo por ele proposto.

Para os profissionais de psicologia, é necessária atenção especial à resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 009/2018, que estabelece as diretrizes para o processo de avaliação psicológica. Também é demandado ao profissional de psicologia verificar a qualidade técnico-científica dos instrumentos selecionados para a avaliação, bem como se tais instrumentos se encontram com parecer favorável perante o Conselho Federal de Psicologia (CFP). Essa consulta deve ser realizada por meio do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).



IMPORTANTE!

É necessário atentar-se ao fato de que tanto a resolução do CFP quanto o SATEPSI referem-se à materiais (escalas, testes, inventários etc.) de uso restrito a profissionais de psicologia.

Escalas e inventários de uso multidisciplinar (como MoCA, MMSE, ACE-R etc.) são de uso aberto para todos os profissionais de assistência à saúde, desde que devidamente treinados e capacitados para a sua aplicação, correção e interpretação de resultados.



PARA SABER MAIS

Para encontrar informações sobre a Resolução CFP N° 009/2018, acesse o artigo dos autores Andrade e Valentini (2018):

• [Diretrizes para a Construção de Testes Psicológicos: a Resolução CFP n° 009/2018 em Destaque](#).

E para compreender o objetivo do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), acesse:

• [Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos \(SATEPSI\)](#).

Antes da seleção de instrumentos avaliativos, o clínico deve estar atento a diversos fatores que podem gerar limitações para o paciente no ato da avaliação (especialmente para pacientes internados, ainda em fase aguda ou subaguda), como:

Nível de funcionamento
prévio ao adoecimento

Interferência de possíveis/
prováveis efeitos colaterais
de medicamentos que o
paciente possa estar usando

Nível de escolarização
e alfabetização

Questões relacionadas
à linguagem e cultura
(especialmente para
migrantes e imigrantes)

Questões relacionadas à capacidade motora e habilidade física
(como pacientes confinados a macas, parcialmente imobilizados,
impossibilitados de usarem os braços livremente devido a acesso
venoso para administração de medicamentos, etc.)

Após a cuidadosa seleção de instrumentos avaliativos, realização da avaliação em horários e ambientes adequados, correção e obtenção dos resultados referentes ao desempenho cognitivo e neuropsicológico do paciente, o planejamento dos procedimentos a serem executados e a definição dos objetivos a serem alcançados no curso de um processo de reabilitação poderão ser realizados.

A **reabilitação neuropsicológica** está centrada, principalmente, em uma abordagem de planejamento de metas específicas que visam superar o **comprometimento cognitivo** e recuperar determinadas habilidades funcionais comprometidas ou perdidas pelo paciente durante o seu adoecimento.

Tais metas são elaboradas junto ao paciente, sua família e/ou outros cuidadores e diversos profissionais da área da saúde que, juntos, negociam e selecionam as metas a serem alcançadas com base nas queixas e necessidades apresentadas pelo paciente ao ingressar no processo de reabilitação⁴, que devem ser incluídas durante a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).



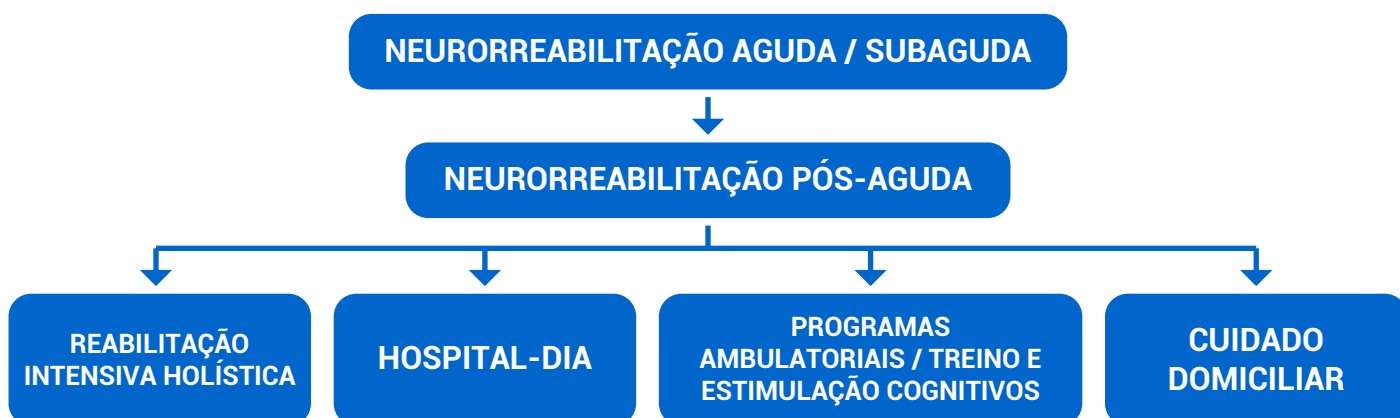
Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Atualmente, há um reconhecimento de que a cognição, a emoção e o funcionamento psicossocial estejam interconectados, devendo, em conjunto, ser alvo de intervenções específicas durante um processo de reabilitação, proporcionando uma abordagem holística de reabilitação neuropsicológica⁵.

Levando em consideração as necessidades e os comprometimentos do paciente, um processo de reabilitação cognitiva deve ser iniciado enquanto o paciente ainda está na fase aguda ou pós-aguda, no próprio hospital onde ele está internado (se possível), para que atrasos no início de intervenções reabilitativas não resultem em agravamentos no comprometimento e eventuais complicações possam ser minimizadas⁶.

Demora no início das intervenções pode resultar no agravamento dos comprometimentos e perdas na capacidade funcional. Portanto, já que o objetivo principal de uma reabilitação é ganho funcional para o paciente que ingressa nesse processo, quando mais cedo forem realizadas as intervenções necessárias, mais rapidamente elas resultarão em ganhos funcionais⁷.

Observe a imagem abaixo que mostra os programas de reabilitação cognitiva e neuropsicológica:



Fonte: Adaptado de MIOTTO, E. C. **Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais**. Grupo Gen-EDa Roca Ltda., 2015.

Diferentes procedimentos serão utilizados para atender às necessidades do paciente, mas, antes que uma intervenção possa ser iniciada, a adequada análise dos deficits cognitivos deve ser realizada por meio de uma avaliação neuropsicológica abrangente. Nela serão investigados potenciais comprometimentos e alterações no funcionamento cognitivo por meio de testes padronizados para a população a ser avaliada, conduzidos por profissionais específicos (neuropsicólogos) adequadamente capacitados para tal testagem e com conhecimentos sobre o funcionamento cognitivo, psicológico e neurociências e para a adequada interpretação dos resultados obtidos pela pessoa avaliada.

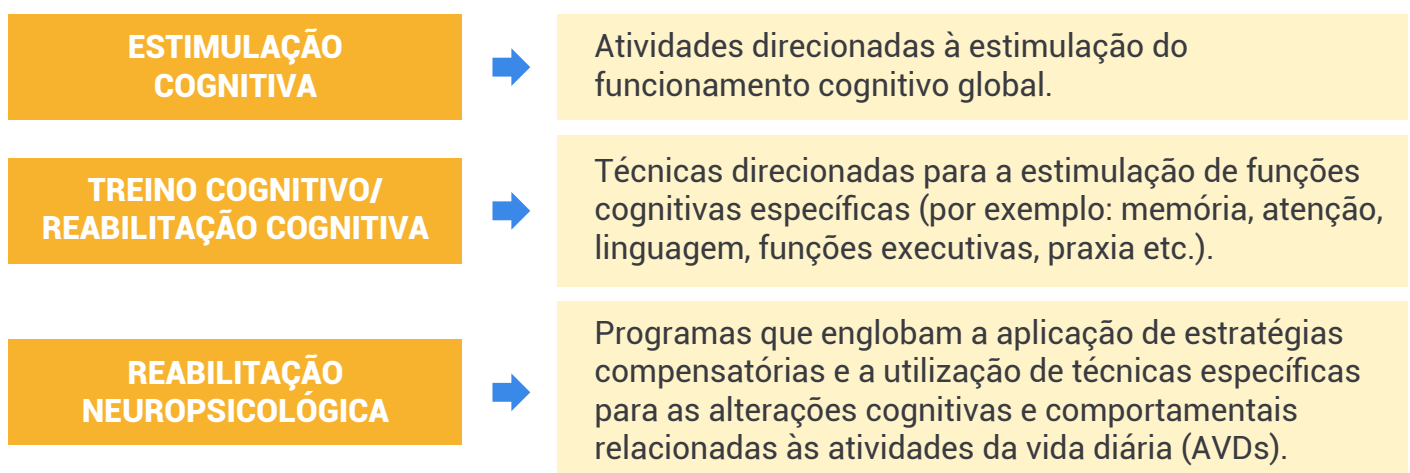
Também poderão ser necessárias avaliações psicológicas e funcionais, para melhor compreensão das necessidades do paciente. Uma vez identificadas as necessidades do paciente, pode ser iniciado o processo de reabilitação.

Reabilitações cognitivas e neuropsicológicas podem atuar em variados níveis de intervenção, visando a diferentes objetivos⁷. Determinadas intervenções, como treinamentos de memorização, focam no reestabelecimento de domínios cognitivos comprometidos por meio de intervenções diretas neles, assim, possibilitando a organização das informações através de habilidades residuais e potencialmente recuperáveis dos domínios cognitivos comprometidos.

Outra estratégia é reorganização de áreas cerebrais preservadas que, por meio de estimulações, são recrutadas para desenvolver mecanismos de adaptação para compensar determinados comprometimentos.

Pode-se também empregar estratégias de compensação ou substituição, que visam à modificação e adaptação dos ambientes onde a pessoa convive (avisos em portas, armários e gavetas, instruções no controle remoto etc.) para treinar o sistema nervoso central a adaptar-se a um novo tipo de funcionamento, estimulando, assim, a substituição de áreas cerebrais comprometidas (por meio de neuroplasticidade) por áreas adjacentes àquelas lesionadas ou homólogas no hemisfério contralateral⁷.

A imagem abaixo mostra intervenções reabilitativas no contexto cognitivo e neuropsicológico:



Evidências consistentemente mostram que intervenções em reabilitação cognitiva são capazes de melhorar diferentes domínios cognitivos, como atenção, memória e funções executivas após danos cerebrais, também auxiliando na melhora funcional do paciente⁸.

Reabilitações cognitivas e neuropsicológicas são complexas e precisam ser iniciadas o quanto antes para minimizar possíveis agravamentos dos comprometimentos cognitivos manifestados pelo paciente após uma lesão cerebral, uma doença neuropsiquiátrica ou infecção grave por SARS-CoV-2, em casos de sintomas neurológicos/cognitivos.

Tais intervenções podem (e devem) ser realizadas em ambientes hospitalares (nos casos de pacientes internados em tratamentos diversos que também apresentarem necessidade imediata para reabilitação cognitiva/neuropsicológica), Centros Especializados de Reabilitação (CER), CAPS e outros instrumentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ainda não sabemos quais são os efeitos e sequelas da COVID-19 a longo prazo, nem mesmo se a reabilitação e resolução das sequelas deixadas após a recuperação da infecção serão permanentes. Por conta dessas incertezas, a melhor estratégia corresponde aos cuidados preventivos contra a contaminação e infecção pelo SARS-CoV-2. Nos casos de infecção com sintomas neurológicos e comprometimentos cognitivos, a imediata reabilitação deve ser realizada.



PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre o conteúdo, **clique** na imagem abaixo e acesse o caso clínico do paciente Marcus, que realiza reabilitação cognitiva.

DISQUE SAÚDE 136

Abrir PDF
**CASO CLÍNICO EM
REABILITAÇÃO COGNITIVA**

Caso clínico em
Reabilitação Cognitiva

UNIPÊS URUÁ | UNIPÊS | dted | UNIPÊS | UNIPÊS | SAÚDE BRASIL

1.2 Reabilitação em Saúde Mental na pandemia da COVID-19

Reabilitações no contexto de saúde mental estão caracterizadas por intervenções psicoterapêuticas e psicossociais focadas na remediação e resolução do adoecimento mental (quando possível) e na minimização de sintomas que geram sofrimento para a pessoa com transtorno mental, sem que, para isso, a pessoa necessite de internação em instituições hospitalares, podendo ser realizada a reabilitação em diversos ambientes mais adequados para a promoção de saúde mental.

Tais intervenções devem ser realizadas por profissionais da área de saúde mental adequadamente treinados e qualificados, como psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, em ambientes adequados e propícios à promoção de saúde mental, destacadamente aqueles disponíveis na RAPS, como CAPS e CER, e em diversos casos também incluindo hospitais gerais, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Ambulatório Médico de Especialidades (AME).

As intervenções em saúde mental também necessitam do auxílio de outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais etc., além da presença dos familiares e/ou cuidadores da pessoa que demanda intervenção em saúde mental.



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Em momentos de crises ou desastres, cuidados imediatos devem ser dispensados às populações afetadas, visando minimizar os efeitos negativos de eventos potencialmente traumáticos. Esses cuidados devem ser imediatamente oferecidos pelos equipamentos de saúde em que a pessoa recebeu a primeira atenção em saúde (mesmo que não sejam equipamentos específicos de saúde mental, mas que contam com profissionais de saúde mental em suas equipes multidisciplinares) ou encaminhamentos imediatos para equipamentos específicos, como a RAPS.

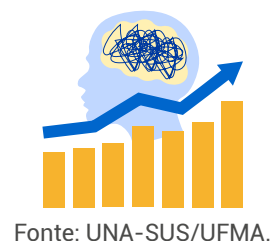
Durante eventos traumáticos, as pessoas afetadas podem manifestar sentimentos de medo e estresse agudo, além de diversos outros sintomas e queixas psicológicas inespecíficas. Sintomas de ansiedade, depressão, confusão mental, agitação, entre outros, podem ser manifestados, causando sofrimento clinicamente significativo e comprometendo a saúde mental.

Durante uma emergência de saúde mental no contexto de crises ou desastres, as primeiras intervenções psicológicas devem ser direcionadas ao alívio do sofrimento emocional imediato e à redução dos riscos de que reações consideradas normais tornem-se excessivas e agravem-se em uma situação como essa (como medo, tristeza, ansiedade etc.). Além disso, deve-se auxiliar aqueles afetados na satisfação de necessidades básicas para garantir sua sobrevivência⁹.

Essas intervenções devem ser oferecidas à pessoa necessitada em diferentes equipamentos de atenção primária ou secundária do sistema de saúde, como em hospitais gerais, UPA, UBS, AME etc., para que possam ser iniciadas imediatamente após a identificação de sua necessidade.

No contexto da pandemia da COVID-19 e da crise sanitária, econômica e social causada por ela, o impacto sobre a saúde mental, com adoecimentos relacionados, corresponde ao agravamento de reações consideradas normais diante dos problemas enfrentados.

O aumento na incidência de transtornos de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, luto etc., durante períodos de crise, deve ser visto como sinal de alerta para o imediato início de estratégias que visem promover suporte e promoção de saúde mental.



Para isso, as necessidades de suporte em saúde mental de pessoas inseridas no sistema de saúde, em acompanhamentos não relacionados à saúde mental, devem ser rapidamente identificadas, para que o potencial início tardio das intervenções não contribua para o desenvolvimento de maiores condições de adoecimento.

Profissionais da saúde atuando no contexto do atendimento em urgências e emergências precisam observar com atenção sinais de que a situação de crise pela qual a pessoa está passando não representa um estresse maior do que a capacidade dela de poder lidar.

Chegar a essa conclusão não é uma tarefa fácil, especialmente para os profissionais assistenciais atuando no cuidado direto à pessoa, cujas preocupações se restringem às necessidades de saúde imediatas durante urgências e emergências. Considerando isso, sempre que possível, deve-se promover consultas com o serviço de assistência social, equipe de enfermagem ou equipe de saúde mental (preferencialmente, quando disponível) atuando em unidades de urgências e emergências.



IMPORTANTE!

Para que a pessoa necessitada de intervenções reabilitativas em saúde mental receba os cuidados de que precisa, não é necessário que um diagnóstico formal já tenha sido realizado.

Embora o diagnóstico seja importante para que intervenções específicas possam ser realizadas, no contexto de crises humanitárias, como a pandemia da COVID-19, diversos aspectos da saúde mental da pessoa podem estar comprometidos sem que esses comprometimentos satisfaçam critérios diagnósticos para algum transtorno mental (como transtornos de ansiedade, depressão etc.). Apesar disso, a ausência de um diagnóstico específico não significa que haja ausência de perturbação e potencial adoecimento mental.

Profissionais de saúde mental nas equipes das RAPS necessitam demonstrar flexibilidade em suas respectivas atuações profissionais para intervir junto ao estresse e sofrimento de pessoas que enfrentam situações de crise, por vezes visando reabilitar a saúde mental antes mesmo da instauração formal do adoecimento mental (satisfação de critérios diagnósticos para um transtorno mental específico), atentando-se ao fato de que intervenções focadas na reabilitação e promoção de saúde mental não requerem a presença de um diagnóstico, mas sim de sofrimento mental que comprometa a saúde e funcionalidade da pessoa afetada.

O foco de qualquer intervenção deve sempre ser na pessoa necessitada, em sua totalidade. A pessoa jamais deve ser vista pelo profissional ou pela equipe em forma de um diagnóstico específico, mas sim como uma pessoa acometida por um sofrimento que precisa ser interrompido tão rápido quanto for possível.

Observe abaixo as reações psicológicas comuns em emergências humanitárias.



Diferentes situações emergenciais irão causar diferentes reações nas pessoas afetadas por elas. Tais reações, por mais aleatórias que possam parecer, devem ser consideradas como normais, exceto se representarem riscos à saúde e segurança da pessoa e de terceiros. A cuidadosa observação quanto à intensidade deve ser realizada pelos profissionais de saúde, pois uma reação inicialmente tida como normal pode rapidamente exacerbar-se, potencialmente resultando em diversos problemas à pessoa, a terceiros e até mesmo ao sistema de saúde.

Em situações de crise e urgências e emergências, na impossibilidade de avaliar e intervir diante das necessidades de suporte mental da pessoa no equipamento de saúde de sua entrada, devem ser realizados encaminhamentos imediatos para outros equipamentos de atenção específica à saúde mental. A escolha de equipamento dependerá principalmente da necessidade da pessoa e da urgência ou emergência observada.

Em casos de urgência e emergência no contexto de saúde mental, é necessário que a pessoa seja encaminhada para hospitais gerais com serviço de pronto socorro psiquiátrico. Casos que requerem atenção imediata, mas não urgente/emergencial, devem ser referidos à RAPS, especialmente para avaliação e intervenções multidisciplinares em saúde mental em CAPS.

No esquema abaixo, elencamos as reações cognitivas, emocionais, físicas e comportamentais comuns em emergências humanitárias¹⁰:

<p>Reações Cognitivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confusão e desorientação; • Pesadelos recorrentes; • Preocupação com o desastre, rumores; • Problemas para se concentrar ou lembrar das coisas; • Dificuldade em tomar decisões; • Questionamento de crenças espirituais; • Perda de memória.
<p>Reações Emocionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de estranheza; • Pesar, aflição, tristeza, choro; • Irritabilidade, raiva, ressentimento; • Ansiedade e medo; • Desespero e desesperança; • Sentimento de culpa e dúvida; • Mudanças de humor imprevisíveis; • Sentimento de atordoamento. • Pensamentos e imagens intrusivas, flashbacks.
<p>Reações Físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tonturas e náuseas; • Mãos tremulas; • Movimentos faciais involuntários; • Dores musculares e de cabeça; • Transpiração excessiva; • Calafrios; • Fadiga, cansaço; • Desconforto gastrointestinal; • Apetite e sono alterados; • Piora de condições crônicas, como diabetes e hipertensão.
<p>Reações Comportamentais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Choro fácil; • Agitação; • Aumento de conflitos com a família; • Hipervigilância; • Isolamento; • Abuso de substâncias; • Mudanças de humor; • Mudanças na marcha.

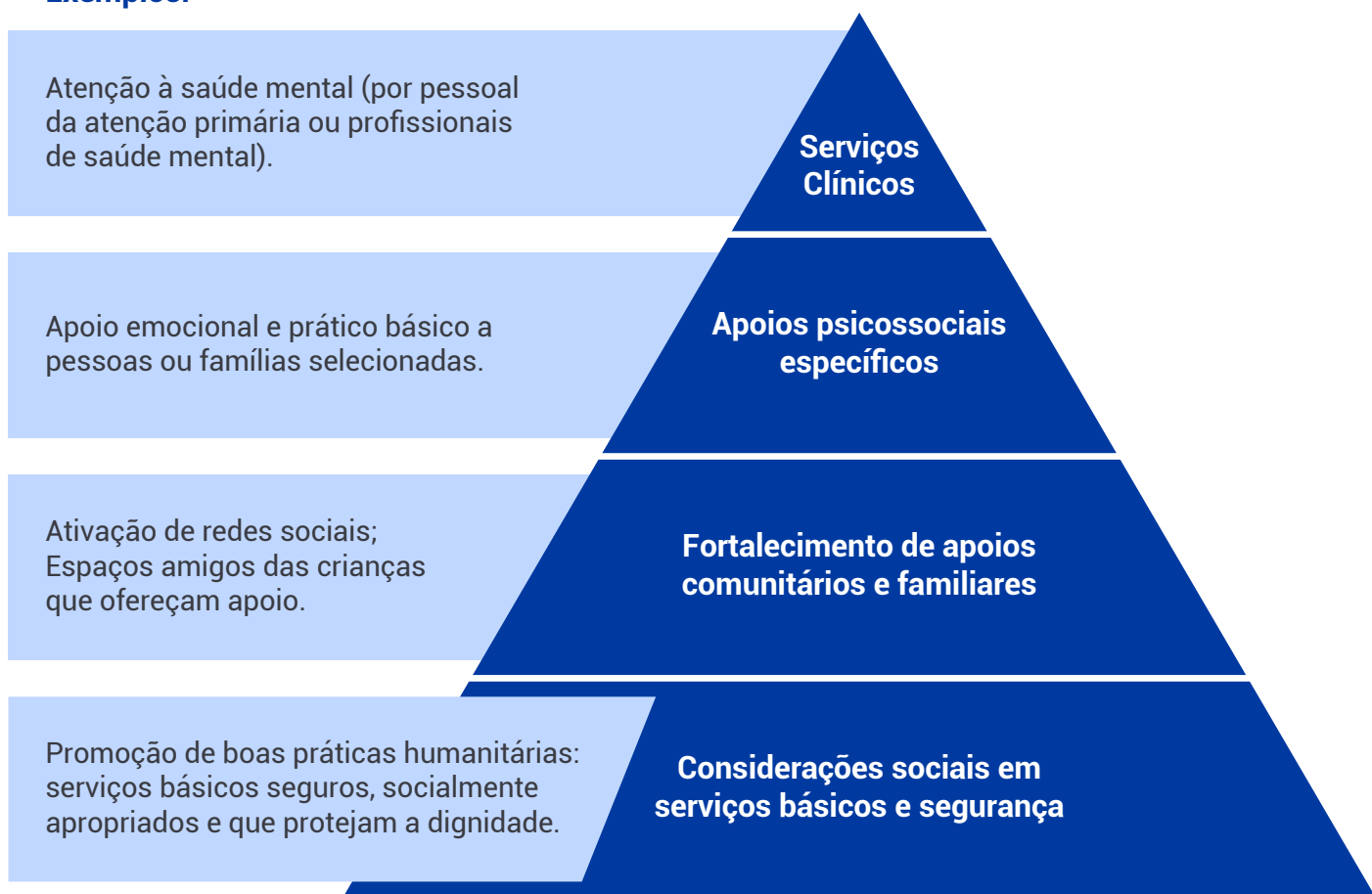
O foco dos profissionais envolvidos em intervenções reabilitativas em saúde mental durante períodos de emergências humanitárias deve ir além dos cuidados clínicos tradicionalmente empregados em outras situações típicas da atuação profissional em saúde mental, passando também a incluir a defesa do bem-estar geral, da humanidade e dignidade das pessoas acometidas por adoecimento mental¹¹.

Para isso, é fundamental que intervenções reabilitativas possam ser (preferencialmente) realizadas em equipamentos da RAPS presentes na comunidade de residência da pessoa usuária do sistema de saúde, visando à promoção de vínculos psicossociais com a comunidade, por representar um ambiente familiar ao usuário, além de facilitar o acesso físico do reabilitando aos locais onde as intervenções serão realizadas.

A realização de intervenções de reabilitação em saúde mental em ambientes comunitários também auxilia na ampliação da rede de suporte psicossocial disponível para a pessoa necessitada. A ampliação dessa rede é muito importante, pois auxilia na reinserção social da pessoa em sua própria comunidade.

Veja, a seguir, a **Pirâmide de Intervenções em Saúde Mental e Apoio Psicossocial** em emergências humanitárias:

Exemplos:



Fonte: Adaptado de ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias**. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP). 2020.

Durante as primeiras intervenções em saúde mental em períodos de crises, deve-se sempre optar por abordagens terapêuticas psicossociais (psicoterapia individual ou grupal, psicoeducação, técnicas de relaxamento etc.), sejam essas intervenções realizadas diretamente na RAPS ou em unidades básicas ou ambulatoriais. Recomenda-se evitar que sejam utilizados medicamentos para o controle sintomático, salvo em casos excepcionais onde a manifestação sintomática é grave e representa risco iminente à saúde e integridade física da pessoa; em casos em que intervenções psicológicas não sejam viáveis ou não tenham sido efetivas; ou para doenças mentais e neurológicas graves que necessitem medicalização imediata¹¹.

Estratégias psicoterapêuticas, em especial a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), são efetivas para lidar com o estresse e sofrimento causados por uma vasta gama de transtornos mentais e estresse psicológico¹². Evidências reforçam a efetividade da TCC não apenas no tratamento do sofrimento causado pelo adoecimento mental, mas também no manejo e controle de sintomas de diferentes doenças mentais¹³.

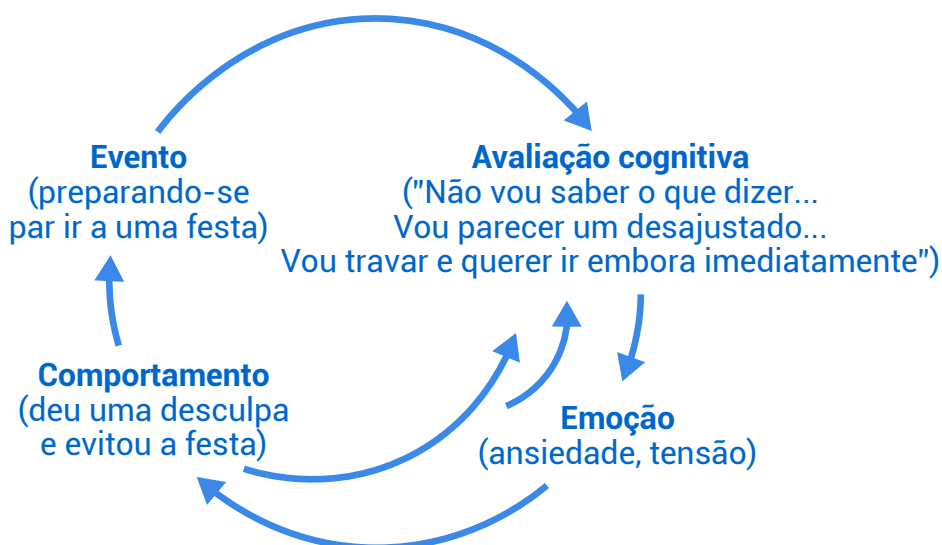
A TCC tem como seu princípio mais básico a ideia de que¹⁴:

Nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento.

O modo como agimos ou nos comportamos diante de um evento pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções.

Dessa forma, o modelo cognitivo-comportamental sugere que o sofrimento sentido em determinadas circunstâncias advém não do evento em si, mas da interpretação subjetiva (pensamentos) que a pessoa faz sobre o evento, dessa forma, o processamento cognitivo recebe um papel central nesse modelo, pois a pessoa continuamente avalia internamente a relevância dos acontecimentos no ambiente que a circunda¹⁴.

Veja abaixo o modelo cognitivo-comportamental básico de uma pessoa com transtorno de ansiedade social:



Fonte: Adaptado de WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. 1 ed. Artmed Editora, 2008.

O uso de TCC em processos reabilitativos para a saúde mental, especialmente no atual contexto da pandemia da COVID-19, apresenta diversas vantagens, especialmente quando ocorre por meio de recursos como a telessaúde, seguindo as normas sanitárias de distanciamento social.

Apesar das dificuldades que intervenções remotas podem enfrentar (como problemas de infraestrutura básica, acesso adequado à internet, disponibilidade de equipamentos de acesso digital, questões relacionadas à privacidade etc.), o uso de TCC como intervenção psicoterapêutica de maneira remota mostra-se como uma eficaz alternativa às intervenções presenciais¹⁵.

Durante o curso da pandemia da COVID-19, diversos profissionais da área da saúde precisaram adaptar-se para continuar ministrando cuidados necessários em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo, assim, a continuidade da assistência a pacientes e seus familiares. Diferentes tipos de adaptações e inovações tornaram-se comuns durante esse período de crise sanitária internacional e garantiram importantes aprendizados para gerações vindouras de profissionais da saúde, possibilitando também o desenvolvimento de novas estratégias para a promoção da saúde.



PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre o conteúdo deste tópico, clique na imagem abaixo e acesse o caso clínico que conta a história de Carla, paciente em sofrimento que passa por reabilitação em saúde mental.

Abrir PDF
CASO CLÍNICO EM REABILITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Caso clínico em Reabilitação em Saúde Mental

SERVÍÇO SAÚDE 136

UNIASIS USPGE, UNIASIS, dted, UNIASIS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PATRIAL BRASIL

Considerações finais

No contexto da pandemia da COVID-19 e da crise sanitária, econômica e social causada por ela, o impacto sobre a saúde mental e adoecimentos relacionados corresponde ao agravamento de reações consideradas normais diante dos problemas enfrentados. Além disso, a COVID-19 pode deixar as pessoas afetadas com sequelas cognitivas e neuropsicológicas.

Neste material, mostramos a reabilitação cognitiva, neuropsicológica e em saúde mental na pandemia da COVID-19. É importante ressaltar que a presença de uma equipe multidisciplinar nos processos de diagnóstico e reabilitação é essencial para atender a todas as necessidades decorrentes do adoecimento e das sequelas causadas por ele.

Esperamos que os conteúdos aqui abordados tenham sido proveitosos para sua prática clínica.

Até a próxima!

Referências

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF**. 2002. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Guia-para-principiantes-CIF-CBCD.pdf>. Acesso em: 28 junho 2021.
2. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Considerações sobre a reabilitação durante o surto de COVID-19**. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52103/OPASNMHMHCOVID-19200009_por.pdf. Acesso em: 28 junho 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente familiar**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/11/Orientacoes-para-o-cuidado-com-o-paciente-no-ambiente-familiar.pdf>. Acesso em: 28 junho 2021.
4. MIOTTO, E. C. **Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais**. Grupo Gen-EDa Roca Ltda., 2015.
5. WILSON, B. A. Neuropsychological rehabilitation. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 4, p. 141-162, 2008. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>. Acesso em: 28 junho 2021.
6. MARSHALL, Shawn et al. Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms. **Brain injury**, v. 29, n. 6, p. 688-700, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25871303/>. Acesso em: 28 junho 2021.
7. FUENTES, D. et al. **Neuropsicologia: Teoria e Prática**. 2 ed. Artmed Editora, 2014.
8. NOVAKOVIC-AGOPIANS, T.; ABRAMS, G. M. Cognitive rehabilitation therapy. In: **Encyclopedia of the Neurological Sciences**. 2 ed. Elsevier Inc., 2014.
9. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Apoyo psicossocial em emergências humanitárias y desastres**. 2010. Disponível em: <http://www.abrapede.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Gu%C3%ADa-de-apoyo-psic-social-en-emergencias-humanitarias-y-desastres.pdf>. Acesso em: 28 junho 2021.

Referências

10. LONDOÑO, J. M.; VICIANAM C. M. Médicos Sin Fronteras. **Manual práctico de diseño e implementación de intervenciones en salud mental y psicosocial en desastres naturales**. Barcelona: Médicos Sin Fronteras, 2017. Disponível em: https://www.msf.mx/sites/mexico/files/attachments/msf-smaps_desastresnaturales_0.pdf. Acesso em: 28 junho 2021.
11. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias**. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP). 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51948/9789275722121-por.pdf>. Acesso em: 28 junho 2021.
12. HOFMANN, S. G. et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Cognitive therapy and research**, v. 36, n. 5, p. 427-440, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/>. Acesso em: 28 junho 2021.
13. CERVIN, M. et al. Symptom-specific effects of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination in a large randomized controlled trial of pediatric anxiety disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 61, n. 4, p. 492-502, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31471911/>. Acesso em: 28 junho 2021.
14. WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. 1 ed. Artmed Editora, 2008.
15. GRATZER, David; KHALID-KHAN, Faiza; BALASINGHAM, Shawna. The internet and CBT: A new clinical application of an effective therapy. **Cognitive behavioural therapy and clinical applications**, p. 201-222, 2018. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/cognitive-behavioral-therapy-and-clinical-applications/the-internet-and-cbt-a-new-clinical-application-of-an-effective-therapy>. Acesso em: 28 junho 2021.

