

Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais

Restriction of social contact and mental health in pandemic: possible impacts of social constraints

Rodrigo Grazinoli Garrido^{1,2} , Rafael Coelho Rodrigues³ 

1. Docente da Universidade Católica de Petrópolis (PPGD/UCP), Petrópolis, RJ, Brasil. 2. Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FND/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cruz das Almas, BA, Brasil.

Resumo

Objetivo: analisar os impactos das condicionantes sociais preexistentes no Brasil sobre a saúde mental em condições de restrição de contato interpessoal pela pandemia de COVID-19. **Método:** pesquisa exploratória por meio de documentação indireta de fontes secundárias e primárias. **Resultados:** a pandemia de COVID-19 demandou medidas de restrição de contato social, gerando dilemas éticos, legais e econômicos. Essas restrições, contrariamente, podem atuar negativamente sobre a saúde individual, em especial a mental. Assumindo que a saúde não se restringe a parâmetros biomédicos, os condicionantes sociais assumem importante papel. Esses parâmetros ficam evidentes em países como o Brasil, em que a estrutura social é perversa e a desigualdade flagrante. Essa estrutura dificulta a adequação às normas preventivas da COVID-19 e atua sinergicamente às condicionantes sociais pré-pandêmicas interferindo decisivamente, na saúde mental. **Considerações finais:** é esperado que as mudanças repentinas e compulsórias, bem como as incertezas com o futuro acarretem sofrimento mental, devendo-se atentar para possíveis adoecimentos. Já se verifica agravamento de alguns estados psicopatológicos e aumento no consumo de álcool e drogas. Por fim, ficou evidente que a pandemia não só afastou pessoas, mas potencializou a distância preexistente para aqueles mais vulneráveis, agravando as condicionantes sociais de saúde.

Palavras-chave: COVID-19. Isolamento. Distanciamento Social. Doença Mental. Sofrimento Mental.

Abstract

Objective: to analyze the impacts of pre-existing social conditions in Brazil on mental health in conditions of restricted interpersonal contact due to the pandemic of COVID-19. **Method:** exploratory research based on indirect documentation from secondary and primary sources. **Results:** the COVID-19 pandemic demanded measures of restriction on the social contact, in addition to generating ethical, legal, and economic dilemmas. These restrictions, on the contrary, can negatively affect individual health, especially mental health. Assuming that health is not restricted to biomedical parameters, social conditions play an important role. These parameters are evident in countries like Brazil, where the social structure is perverse and inequality is striking. This structure makes it difficult to adapt to the preventive norms of COVID-19 and acts synergistically on pre-pandemic social conditions, interfering decisively in mental health. **Final considerations:** It is expected that the sudden and compulsory changes, as well as the uncertainties regarding the future, will cause mental suffering, paying regarding possible illnesses. There are already indicators that point to the worsening of some psychopathological states and an increase in the consumption of alcohol and drugs. Finally, it was evident that the pandemic not only alienated people but increased the pre-existing distance for the most vulnerable, aggravating social health conditions.

Keywords: COVID-19. Isolation. Social Distancing. Mental Illness. Mental Suffering.

INTRODUÇÃO

Após os primeiros relatos de pacientes com sintomas de grave insuficiência respiratória em Wuhan, China, no final de 2019, os números de casos e mortes da COVID-19 não pararam de crescer por todo o mundo. Com isso, o Comitê de Vigilância Internacional para as Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou Emergência de Saúde de Âmbito Internacional, ainda em janeiro, seguido do decreto de pandemia, em 11 de março de 2020.

Na ausência de tratamento farmacológico capaz de curar a infecção ou de prevenção imunológica por meio de vacina, medidas clássicas de saúde pública, como o aumento da

higiene e restrição entre contactantes têm sido a principal forma de controle da pandemia. Entre essas medidas, estão a quarentena, o isolamento e a contenção ou distanciamento social. Em todos esses casos, há restrições em diferentes níveis do contato entre pessoas, as quais estão carregadas de dilemas éticos e geram importantes impactos econômicos, sociais e de saúde.

No caso da saúde mental, os possíveis impactos das restrições sociais estão previstos em estudos de organismos nacionais e internacionais publicados durante a pandemia. Eles apresentam recomendações e orientações para práticas de autocuidado

Correspondente: Rodrigo Grazinoli Garrido. Universidade Católica de Petrópolis. Programa de Pós-graduação em Direito (PPGD/UCP). Rua Benjamin Constant, 213, Centro - Petrópolis/RJ. CEP: 25610-130. e-mail: rodrigo.grazinoli@ucp.br
Recebido em: 4 Jun 2020; Revisado em: 17 Jun 2020; Aceito em: 18 Jun 2020

2 Restrição de contato social e saúde mental durante a pandemia

e prevenção contra o sofrimento psíquico, com possíveis agravamentos para doenças ou transtornos mentais comuns.

No entanto, no caso brasileiro, pondera-se que tais estudos, em sua maioria, não consideram o aprofundamento da histórica desigualdade social pré-pandemia que, com a incidência da COVID-19, intensifica seus efeitos sobre camadas cada vez maiores da população. Além disso, de imediato, a aparente desconsideração das diferenças estruturais na elaboração dos referidos documentos pode contribuir para uma maior dificuldade de adesão das camadas populacionais mais carentes a essas orientações.

É preciso, no entanto, discutir com cautela a diferenciação entre sofrimento psíquico, já previsto devido aos impactos da necessidade da restrição do contato social e mudanças abruptas na rotina e no estilo de vida da população, e o adoecimento mental, com o aumento da incidência dos transtornos mentais comuns. Tal diferenciação se faz necessária, uma vez que vivemos em um cenário no qual problemas de distintas naturezas são entendidos unicamente pelo prisma biomédico, sendo assim, patologizado e medicalizado, desconsiderando-se os condicionantes sociais das doenças.

Assim, a partir de pesquisa exploratória e da documentação indireta de fontes secundárias, como artigos, livros e sites, e primárias de documentos de organismos nacionais e internacionais, o artigo tem como objetivo fazer uma análise de como as condicionantes sociais preexistentes no Brasil podem interferir na saúde mental em condições de restrição de contato interpessoal provocadas pela pandemia de COVID-19. Nossa hipótese de trabalho é que as condições estruturais como o desemprego e a pobreza são potencializadores do sofrimento psíquico que acompanha a pandemia, podendo contribuir para o adoecimento.

A PANDEMIA DE COVID-19 E AS MEDIDAS DE RESTRIÇÃO DE CONTATO SOCIAL

No final de 2019, surgiram pacientes com sintomas de síndrome respiratória aguda grave (SARS), na China. Por meio de amostras de fluido brônquio-alveolar desses pacientes, em janeiro de 2020, foi identificado um novo coronavírus¹, posteriormente denominado de SARS-CoV-2².

Antes mesmo de a doença ganhar o nome de COVID-19, o que só ocorreria em fevereiro de 2020, ainda em janeiro, o incremento no número de casos e o surgimento de outros focos da doença fizeram que o Comitê de Vigilância Internacional para as Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS) decretasse Emergência de Saúde de Âmbito Internacional, seguido do decreto de pandemia, em 11 de março de 2020².

Com a dispersão do vírus, inúmeras ações foram iniciadas em todo o mundo, buscando conhecer melhor a doença,

estabelecer métodos de diagnóstico e, sobretudo, desenvolver medicamentos, vacinas ou um soro que pudesse conter o aumento exponencial dos casos da COVID-19³. Contudo, ainda restam muitas dúvidas sobre a COVID-19, sendo certo apenas o alcance mundial da pandemia. De acordo com a OMS, a doença causada pelo SARS-CoV-2 alcançou mais de duzentos países, com milhões de casos confirmados e centenas de milhares de mortos⁴.

Na verdade, o que se mostrou mais eficaz para o controle da COVID-19 foram as medidas clássicas de saúde pública, como o aumento da higiene e a restrição do contato interpessoal³. Entre essas práticas clássicas de saúde pública, encontramos a quarentena, o isolamento, a contenção social, que têm como função impedir a propagação da doença entre pessoas, interrompendo a transmissão do vírus⁵.

Apesar de as ações de restrição de contato interpessoal remontarem à Grécia Antiga⁶, elas nunca haviam sido utilizadas em tão larga escala. Medidas clássicas de saúde pública como as descritas, uma vez que restringem a locomoção e o contato entre pessoas geram questões éticas, legais, sociais e econômicas complexas e, se por um lado são essenciais como medida de saúde coletiva, podem também trazer prejuízos à saúde individual⁷.

No que se refere à ética na implantação das medidas, foram propostos cinco valores, que devem ser seguidos⁸: liberdade individual, proteção coletiva, proporcionalidade, reciprocidade, transparência. O primeiro, apesar de ser o mais caro, deve ser sempre sopesado pelo segundo. A proporcionalidade ou razoabilidade, por sua vez, deve sustentar todos os outros, pois os poderes governamentais só devem estabelecer medidas restritivas se tiverem evidências reais da relevância, legitimidade e necessidade de tais ações. Essas medidas devem ser aplicadas de forma não discriminatória, considerando a desigualdade social preexistente e os impactos provocados no acesso aos direitos sociais. Por sua vez, cada um deve assumir em suas ações a reciprocidade, agindo com os outros como gostaria que agissem consigo⁸.

Por fim, toda a ação dos poderes públicos deve ser transparente, informando plenamente aos interessados sobre riscos e benefícios⁸. No tocante à transparência, a pandemia de COVID-19 trouxe uma novidade: aos poderes públicos, é requerido mais do que agir de forma transparente, mas que atue decisivamente no controle das falsas notícias ou fake news. Essas já se tornaram uma pandemia paralela, uma infodemia de desinformação, contribuindo, decisivamente, para maior disseminação do SARS-CoV-2⁹.

Há diversas definições e formas de aplicação diferentes das medidas de restrição de contato. Assim, é preciso definir cada uma delas. O isolamento, por exemplo, diz respeito propriamente à separação dos indivíduos, que devem ser completamente isolados de contactantes. Zamparoni¹⁰, citando outros autores, define assim:

Alguns dicionários informam que os termos *aislado* e *aislhado* tiveram seu primeiro registro escrito em língua portuguesa em 1557 e que a etimologia de “*isolar*”, com o sentido de “*tomar a forma de ilha*”, é de 1653; “*afastar-se da multidão*” é de 1697; e “*afastar um corpo do contato com outro*”, de 1758. Deriva do latim *insula*, do italiano *isolato*, *isola*, com o sentido de “*recôndito*”, “*solitário*”, “*construído em ilha*”, “*separado*”. Por seu turno, o termo “*segregado*” apareceu pela primeira vez na forma escrita de nossa língua em 1563 e provém do latim *segregare*, com o sentido que se mantém até nossos dias de “*separar*”, “*apartar*”, “*afastar*”, “*isolar*”, “*arredar*”, “*repelir*”, “*tirar*”, “*tomar*”, “*subtrair*” e “*privar*” (p. 14)¹⁰.

A aplicação do isolamento é, em geral, direcionada a pessoas com doenças contagiosas, impedindo a transmissão delas para aquelas não infectadas. Ainda, pode ser praticado o isolamento protetor ou reverso, em que um paciente imunossuprimido ou imunodeprimido é isolado para evitar sua exposição às condições contaminantes¹¹.

No tocante à história, é possível verificar que a doença para a qual mais se recorreu ao isolamento foi a lepra¹⁰. Desde a Antiguidade, são conhecidos relatos e evidências desse isolamento. Contudo, tais práticas alcançaram a Idade Média, muitas vezes usado não para impedir a transmissão, mas de forma discriminatória, para perseguição contra os doentes, os quais eram deixados à própria sorte¹¹. Esse tipo de segregação cruel chegou à modernidade, alcançando outros grupos, primeiramente os portadores de doenças venéreas e, posteriormente, doenças não contagiosas, como os doentes mentais. Esta última aparece bem relatada por Foucault em “*História da Loucura*”¹², ter-se-ia iniciado, sobretudo a partir do séc. XVII e chegado ao séc. XX, quando se iniciou a reforma antimanicomial¹³.

É claro que a medida de saúde pública proposta na atualidade não se confunde com o isolamento cruel, que deixa o doente ao relento, mas ao uso objetivo de medida restritiva para se evitarem os contágios, e estas devem guardar relação com a capacidade infecciosa do patógeno. No que se refere ao SARS-CoV-2, inicialmente se preconizou que o vírus, semelhante ao que ocorreu na SARS-Cov-1, seria disperso apenas através de gotículas grandes que logo se depositariam nas superfícies⁷, mas já foi determinado que o agente pode permanecer viável e infeccioso em aerossóis por até três horas no ar, ou, por até cinco dias em algumas superfícies, o que justifica a eficácia do isolamento do doente^{14,15}.

Há quem entenda isolamento como prisão domiciliar de doentes, mas a melhor definição é a de confinamento de pessoas sob tratamento de saúde, mais comumente em meio hospitalar⁶, a despeito de poder haver o isolamento domiciliar. Quando institucionalizado, há acompanhamento por profissionais de saúde que utilizam equipamentos de proteção

individual e coletiva, além de seguir protocolos de segurança que salvaguardem a todos¹¹.

O isolamento, entretanto, é eficiente quando o vírus é detectado precocemente, pois, após a infecção e a multiplicação, a partícula viral começa a ser liberada em grande quantidade para o ambiente. Esse período, geralmente, confunde-se com o tempo de incubação da doença, que, para o SARS-CoV-2, encontra-se entre 5,1 e 5,2 dias. Ainda, muitos infectados só apresentarão sintomas de COVID-19, ou sintomas muito fracos, e, assim, transmitirão o agente, mesmo sem clínica aparente^{16,17}. Com isso, o derramamento do SARS-CoV-2 acaba sendo muito grande e o isolamento tem ocorrido tardiamente⁵.

Por sua vez, a medida de isolamento denominada quarentena, também remonta a tempos passados, mais especificamente a tempos medievais. Ao buscar na história o início da utilização desse método, encontra-se no séc. XIV, no porto de Veneza, Itália, período em que a Europa e a Ásia passaram pela maior e mais trágica epidemia registrada, a Peste Negra, que matou centenas de milhares de pessoas¹⁸. Assim, quem chegava ao porto veneziano, vindo de regiões infectadas, era obrigado a ancorar e aguardar 40 dias para o desembarque dos sobreviventes¹⁹.

Não está claro o motivo para a fixação do período de isolamento em 40 dias. Para alguns, teria uma conotação religiosa relacionada com o período da Quaresma. Assim, seria uma forma de purificação espiritual. Contudo, também há quem vincule a evidências médicas já conhecidas à época¹⁹.

Até hoje, o termo quarentena não tem o mesmo significado em todos os países. Nos EUA, do ponto de vista legal, tem uma abrangência muito maior, referindo-se a praticamente todas as práticas de saúde pública por restrição de contato, como o isolamento ou a limitação de viagens²⁰.

A primeira conferência internacional a discutir as técnicas de quarentena ocorreu em 1851. A partir desse encontro, muitos outros editaram documentos que passaram a sustentar, cientificamente, as normas internacionais sobre o assunto. A reunião das diversas decisões e recomendações sobre quarentena foi feita na 1ª Assembleia Mundial de Saúde da ONU, 1948, quando foi criado o Comitê de Especialistas em Epidemiologia e Quarentena Internacional. Um texto final foi aprovado em 1951, cem anos depois da primeira reunião sobre o assunto, e contou com especialistas dos Estados membros⁶.

O sujeito posto em quarentena não está doente, clinicamente, mostra-se sadio, mas, em face do período de incubação do agente etiológico, não é possível determinar *a priori* se foi infectado⁵. Essa prática clássica de saúde pública pode ser assumida voluntariamente ou ser prescrita, individual ou coletivamente. No decorrer do período de contenção, aqueles que estão em quarentena devem ser monitorados, no intuito de detectar algum sinal e sintoma da doença. Em caso de surgimento de características clínicas da infecção, os indivíduos

4 Restrição de contato social e saúde mental durante a pandemia

devem ser levados ao isolamento. Em atenção ao período de incubação do SARS-CoV-2, por precaução, tem-se praticada a quarentena de 14 dias^{17,21}.

Dessa forma, também na quarentena, a detecção rápida da doença é importante para o sucesso da medida. Além disso, esse tipo de contenção depende de efetivo rastreamento da cadeia de transmissão e de outros dados epidemiológicos relacionados ao contágio⁷. Com isso, ainda pairam inconsistências sobre a efetividade pública da quarentena⁶.

Quando se buscam medidas aplicáveis a grandes grupos, encontra-se o distanciamento ou contenção social. Essa medida tem a pretensão de diminuir as interações em grupos através, p.ex., do fechamento de escolas, centros comerciais, escritórios, shoppings, redução de meios de transportes e do movimento em vias públicas. No grupo contido, podem ser encontrados infectados, mas ainda não identificados e isolados. Tendo em vista a necessária proximidade entre as pessoas para a transmissão efetiva através de perdigotos e aerossóis produzidos em espirros, tosse ou pela simples fala, ou por meio do contato com superfícies contaminadas, o distanciamento tem mostrado bons resultados e é preconizado pela OMS^{7,22}.

Quando há grave ameaça ao Sistema de Saúde, em virtude de um aumento no número de casos, sobretudo graves, incompatível com sua capacidade, é possível estabelecer a contenção social total, ou *lockdown*. Nesse caso, todo o perímetro, p.ex., de uma cidade é bloqueado, e ninguém pode entrar ou sair. Em geral, é utilizado por período curto de tempo²².

Se o alvo é a redução na velocidade da propagação para que o Sistema de Saúde possa se organizar, é possível estabelecer o chamado de distanciamento horizontal ou ampliado. A medida não se limita a grupo específico, atingindo um número muito grande de indivíduos, idealmente 75% da população²³. Apesar, de menos gravoso que o *lockdown*, gera questões éticas e relacionadas aos direitos humanos e à economia mais evidentes, em virtude do período de aplicação que pode ser bem maior²².

Por fim, a contenção menos radical é denominada distanciamento social seletivo ou vertical. Nesse caso, apenas certos grupos são distanciados do convívio social. São selecionados os grupos mais vulneráveis, com risco maior de apresentar quadro mais grave da doença. É o caso de obesos, gestantes de risco, idosos e portadores de outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão²². É uma metodologia que permite, em tese, o retorno gradual e seguro das atividades econômicas, mas parece que esse tipo de isolamento é ineficaz para conter a pandemia da COVID-19²³.

Para todas as medidas de contenção social, a efetividade será reflexo de uma normatização robusta. Algumas vezes, será necessário estabelecer penalidades para os que violam a regra, mas sempre compatibilizados a valores fundamentais, como os descritos⁸. É certo, no entanto, que essas condições

extraordinárias voltam-se à proteção coletiva em detrimento das liberdades individuais⁶.

Todos devem estar atentos para que essas medidas não se tornem mero exercício de biopoder¹¹, pois o uso do poder sitiante do Estado [...], daria suporte a práticas inespecíficas de Estado de Exceção (p.183), já tendo sido utilizado por regimes governamentais autoritários [...] (p.175)⁶.

Contudo, é preciso que a população seja esclarecida e, para tanto, deve-se primar pelo uso responsável das mídias e com a atuação das autoridades sobre as *fake news*. Dessa forma, é possível levar ao maior número possível de pessoas a correta dimensão do problema e das ferramentas que estão sendo utilizadas⁷. Além disso, para que se alcance a eficácia e o impacto social das medidas de isolamento, é preciso que as autoridades de saúde, líderes políticos e instituições passem credibilidade. Essa confiança pública é obtida quando as intervenções são transparentes e baseadas em evidências científicas e a comunicação está firmada em fatos¹⁶.

De forma geral, se por um lado a pandemia tem propiciado uma grande rede de solidariedade, por outro, a fraca ou controversa resposta de alguns líderes tem gerado medo, raiva, incerteza e desconfiança²⁴. Enquanto muitos governos nacionais responderam rapidamente à ameaça da COVID-19, outros desconsideraram a pandemia e relutam a acompanhar as determinações da OMS. Esse é o exemplo do Brasil, onde o presidente Jair Bolsonaro tem sido fortemente criticado por especialistas em saúde e enfrenta uma reação pública intensificada (p.1011)²⁴. O líder do executivo federal tem considerado como radicalismo as ações generalizadas de restrição de contato, inclusive atacando ações decretadas por governadores dos estados.

RESTRIÇÃO DO CONTATO: A CONJUNTURA SOCIAL BRASILEIRA E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL

As necessárias medidas de restrição de contato social produzem impactos importantes no estilo de vida da população. Em situações de grandes epidemias, sabe-se que o número de pessoas afetadas, psicologicamente, tende a ser maior que o de pessoas acometidas pela infecção. Estima-se que de um terço à metade da população possa apresentar consequências psicológicas e psiquiátricas caso não recebam cuidados adequados²⁵⁻²⁷. A revisão de estudos sobre situações de isolamento e distanciamento aponta alta prevalência de efeitos psicológicos negativos, destacando aqui a incidência de humor rebaixado e irritabilidade, ao lado de raiva, medo e insônia, muitas vezes de longa duração²⁸.

Os documentos organizados e divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁹ e pelo fórum instituído pelas Nações Unidas para lidar com crises humanitárias - Inter-Agency Standing Committee (IASC)³⁰ abordam diversos aspectos da pandemia que se relacionam com a saúde mental. Incluem-se nesses apontamentos a organização dos serviços comunitários,

5 Restrição de contato social e saúde mental durante a pandemia

as estratégias para grupos vulneráveis do ponto de vista físico e psíquico (idosos, crianças, as pessoas com doenças crônicas, as doenças mentais graves ou deficiências), além das pressões sobre os profissionais de saúde e algumas recomendações para a população em geral, envolvendo medidas de promoção e prevenção de saúde visando mitigar os efeitos do isolamento prolongado (p. 02)²⁵.

Nessa mesma direção, diversos documentos institucionais vêm sendo divulgados, incorporando prescrições de condutas com a finalidade de melhoria na qualidade de vida durante o período de isolamento, buscando atenuar alguns de seus efeitos psicológicos³¹⁻³². Algumas dessas orientações se repetem em vários desses documentos, tais como: cuidado aos hábitos que possam gerar sofrimento, como o excesso de informações, o consumo de notícias sensacionalistas ou de fake news; fornecer aos idosos, especialmente aqueles com declínio cognitivo/demências, informações claras sobre a pandemia e orientações objetivas sobre medidas de higiene; evitar o ócio, mas também a falta de pausas e descansos no home office; organizar uma rotina que equilibre atenção a si, ao trabalho e à família; manter atividades físicas, em ambientes protegidos ou em espaços abertos sem aglomerações; praticar atividades de relaxamento e meditação; manter contato telefônico ou online com familiares e amigos (p. 03)²⁵.

Entre as situações excepcionais no período da pandemia, tem sido observada a impossibilidade de manutenção dos ritos culturais e religiosos nos velórios e funerais das vítimas³³. Tal impossibilidade é potencialmente agravante para a realização do processo de luto das perdas familiares e de amigos nesse período, o que pode acarretar, significativo sofrimento psíquico.

As estratégias prescritas presentes nos documentos citados têm ênfase preventiva, ao buscar produzir ou reforçar hábitos de autocuidado tidos como saudáveis, reduzindo os riscos de sofrimento psíquico ou de adoecimento mental. Contudo, faz-se necessário salientar que tais recomendações ou os próprios meios virtuais nos quais elas circulam, não são adequados a todas as camadas sociais que fazem parte da população brasileira.

Nesse sentido, alguns indicadores sociais são fundamentais para destacarmos o contexto social preexistente para grande parte da população brasileira. Isto certamente já constituiu dificuldades para se adequar às estratégias e práticas de autocuidado prescritas.

No período que antecede a pandemia, na dimensão do trabalho, por exemplo, a desocupação se ampliou fortemente. A taxa média anual partiu de 6,8%, em 2014, e atingiu 11,9%, em 2019, o que corresponde a 12,6 milhões de pessoas e representa um dos maiores valores da taxa e do contingente de desocupados dos últimos anos (p. 58)³⁴, o que tende a piorar com a COVID-19. A informalidade que, historicamente, é muito elevada cresceu no fim do intervalo, atingindo 41,1% dos ocupados (p. 41)³⁵.

Outro indicador que demonstra a situação de precariedade na qual estava a população quando atingida pela pandemia é o indicador sobre a pobreza. Após uma tendência de queda, o percentual voltou a se agravar e, entre os anos de 2014 até 2017, cerca de 6,3 milhões de brasileiros passaram a viver abaixo da pobreza, e o número absoluto de pobres ampliou-se, atingindo 23,3 milhões de pessoas (p. 05)³⁶. Isso contribuiu para o aumento do número de pessoas residindo em favelas ou aglomerados urbanos, nos quais a geografia do terreno e a estrutura física precária das residências contribuíram para o adensamento urbano, dificultando a necessidade de isolamento social.

Considera-se, portanto, que a pandemia chega ao Brasil em um momento de dificuldade no plano econômico e político. As políticas de seguridade social são um indicador importante nesse sentido. A partir da aprovação, em 2016, da Emenda Constitucional 95, conhecida como Emenda do Teto de Gastos, um novo regime fiscal é instituído, tornando constitucional a política econômica de austeridade. Essa medida é avaliada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a medida econômica mais drástica do mundo contra direitos sociais³⁷.

Tais determinantes contribuem para maiores dificuldades, ou, até mesmo, impossibilidade de realização do isolamento social por grande parte da população. Esses determinantes sociais do processo de saúde-doença atravessam as condições materiais dessa camada da população, o que contribui, também, para a dificuldade no cumprimento das recomendações de saúde mental durante a pandemia.

Nesse cenário, a camada da população que possui menos renda, condições sociais desfavoráveis, trabalhos informais e dificuldade no acesso à saúde, têm sido atingidas diferentemente pela pandemia, o que sinaliza a importância da reflexão sobre os marcadores que geram desigualdade social. Considerando esse cenário ao discutir os impactos do distanciamento social na saúde mental, faz-se necessário evidenciar os marcadores de gênero, raça e classe social e como eles impactam, diferentemente dessa camada da população que fica à margem também das prescrições e normativas sobre saúde mental construídas durante este período.

Em uma análise interseccional³⁸, evidencia-se que, no Brasil, recortes de classe também estão ligados à raça, uma vez que 75% das pessoas que vivem na extrema pobreza são autodeclarados como negros ou pardos³⁹. As iniquidades sociais brasileiras tornam essa camada da população ainda mais vulnerável. Dessa forma, os desfavorecidos socioeconomicamente são representados por minorias raciais e étnicas que trabalham em empregos casuais e carecem de recursos financeiros necessários para o autoisolamento e para os autocuidados com sua saúde mental. Quando se trata de mulheres negras e pobres, essa situação se torna ainda mais drástica⁴⁰. A pandemia de COVID-19 torna mais visível uma realidade social que tem sido invisibilizada. O racismo estrutural⁴¹, a desigualdade social colossal e o machismo.

ISOLAMENTO SOCIAL PARA QUEM? DISTANCIAMENTO DE QUEM?

O fortalecimento das estratégias de cuidado e abordagem territorial no cuidado em saúde mental que, desde a reforma psiquiátrica brasileira, favorece a produção de saúde, a autonomia e o exercício da cidadania⁴², torna-se ainda mais urgente com a previsão de aumento do sofrimento psíquico advindo das vivências em relação às mudanças de rotina e estilo de vida provocadas pela pandemia – necessidade de isolamento e distanciamento social – e, na mesma direção do aumento das adversidades sociais e financeiras em que grande parte da população brasileira se encontra.

A abordagem territorial de cuidado em saúde e, especificamente, a rede de atenção à saúde mental, oriunda da perspectiva da atenção primária a saúde, alicerce do Sistema Único de Saúde, parte da ótica da determinação social da saúde, que considera a história e cultura dos territórios, seus ritmos e particularidades, a realização de análises situacionais das necessidades sociais e de saúde de uma população articuladas às condições de vida, seja no cenário dos grandes centros urbanos, seja no meio rural^{43,44}.

Os marcadores da desigualdade social brasileira, que entrelaçam marcadores de gênero, raça e classe social, não aparecem nos documentos e protocolos de cuidado à saúde mental durante a pandemia. Considera-se necessário sinalizar que a ausência desses marcadores nas recomendações construídas nos mais diversos documentos citados pode reforçar o racismo, a insensibilidade social e a que tange as iniquidades de gênero. Assim, pondera-se a importância de reflexão e análise dos privilégios raciais que podem contribuir para a manutenção da violência racial (p. 11)⁴⁵.

Em relação à prevalência de transtornos mentais comuns, estudos demonstram que variáveis sociodemográficas e de condições de saúde possuem associação significativa com tais transtornos, de modo que a camada mais vulnerável da população (como mulheres, idosos, portadores de doenças crônicas, baixa escolaridade, menor renda, viúvos, inativos/desempregados, deficientes físicos) apresentam maior prevalência (p. 02)⁴⁶.

Dados oficiais divulgados pela Organização Mundial da Saúde²⁹ indicavam que o Brasil no período pré-pandemia apresentava um percentual acima da média mundial de pessoas diagnosticadas com depressão. Enquanto a média é de 4,4% na população mundial, no Brasil, é em torno de 5,8%. Já em relação à ansiedade, o Brasil é o país com maior prevalência no mundo, 9,3%, cerca de 18,6 milhões de pessoas.

Pesquisa realizada durante a pandemia por meio de questionário on-line, durante os meses de março e abril, obteve respostas de 1.460 pessoas de 23 estados. Este estudo aponta, inicialmente, que os problemas de saúde mental aumentam em escala

preocupante durante o distanciamento social⁴⁷.

O levantamento demonstra que os casos de depressão quase dobraram e os de ansiedade e estresse tiveram um aumento de 80%. Além disso, a pesquisa revelou que as mulheres são mais propensas do que os homens a sofrer com ansiedade e estresse durante o período de epidemia. O percentual de pessoas que relataram sintomas de estresse agudo na primeira semana da pesquisa (entre 20 a 25 de março) era de 6,9%, enquanto, na última semana (entre 15 a 20 de abril), o número subiu para 9,7%⁴⁷.

O crescimento do percentual de sofrimento também aconteceu nos casos de depressão, que foi de 4,2% para 8%, e os casos de crise aguda de ansiedade apresentaram aumento de 8,7% para 14,9%. Salienta-se que os percentuais médios esperados desses problemas na população são de 8,5% para estresse, 7,9% para ansiedade e 3,9% para depressão⁴⁷.

Outro marco preocupante diz respeito ao provável abuso de álcool e outras drogas durante a experiência de distanciamento social⁷, o que fez que a Organização Mundial de Saúde⁴⁸ orientasse os países a limitar a venda de bebidas alcoólicas.

Ainda de acordo com os documentos, a busca por atendimento especializado em saúde/saúde mental deve ocorrer em situações nas quais o sofrimento seja muito intenso e persistente, associado a pensamentos ou conduta suicida, sintomas psicóticos ou abuso recorrente no uso substâncias (p. 05)²⁵. Se por um lado, é informado que os transtornos psiquiátricos imediatos mais comuns são a depressão, ansiedade e as reações de estresse agudo transitórias, por outro, podem advir outros mais tardiamente, pois, além da depressão e do uso prejudicial de substâncias, podem advir o transtorno do estresse pós-traumático, os transtornos de adaptação e os quadros psicossomáticos.

Concomitante aos documentos que apresentam algumas prescrições e orientações de cuidados em relação à saúde mental durante o período de restrição de contato social, considera-se a urgência de que tais recomendações sejam elaboradas à luz da realidade social brasileira, principalmente, no contexto pré-pandemia de piora nos principais indicadores sociais. Os indicadores de adoecimento psíquico já sinalizavam para um quadro em que havia maior prevalência de transtornos mentais comuns do que a média mundial²⁹. Esse quadro social pode ser considerado como de mal-estar social brasileiro⁴⁹, em que se apresenta a indissociabilidade entre sofrimento psíquico e o modo de organização social.

Contudo, requer-se cuidado especial no que tange aos indicadores de adoecimento psíquico pré-pandemia e, especialmente, os indicadores de adoecimento durante as medidas clássicas de isolamento e distanciamento social, uma vez que constituem linha tênue entre o que pode considerar-se adoecimento psíquico passível de diagnóstico e terapêutica e sofrimento psíquico, o que é esperado uma vez que mudanças nos hábitos e estilos de vida foram forçados. Soma-se a isso o

7 Restrição de contato social e saúde mental durante a pandemia

medo pela própria doença, pelo futuro e as adversidades que acarretam para a sobrevivência material de grande parte da população.

Esse sofrimento psíquico, mal-estar da vivência da experimentação do acontecimento-pandemia, pode, tantas vezes, ser confundido com um processo de adoecimento e, com isso, passar a ser patologizado e medicalizado⁵⁰. Assim, há uma espécie de zona cinzenta, na qual habitamos, situada entre a normalidade e a patologia, entre o sofrimento individual e o social (p. 06)²⁵. Habitar essa zona é, necessariamente, colocá-la em análise, para que a patologização dos comportamentos e sentimentos humanos que fazem parte do viver e sua medicalização^{51,52} não contribuam para o processo tão atual de medicalização da vida⁵³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No quadro atual da pandemia de COVID-19, não existem outras medidas de controle, senão o aumento da higiene pessoal e a restrição do contato social. No tocante à restrição de contato, surgiram questões que abarcam diversos temas como a ética, a legislação e a economia. Todavia, talvez o mais curioso seja pensar como medidas clássicas de saúde pública podem agir negativamente sobre a saúde individual, em especial, sobre a saúde mental desses que passam a viver afastados compulsória e repentinamente.

Há muito se, entende que a saúde não pode considerar apenas parâmetros biomédicos, reconhecendo o papel de parâmetros sociais. Isso fica ainda mais evidente em países como o Brasil,

em que a estrutura social é perversa, com grande número de pessoas, especialmente mulheres e pretos, sofrendo com a pobreza, o desemprego e a moradia inadequada.

Assim, se por um lado, a estrutura social arraigada dificulta ou impossibilita a adequação às normas preventivas da pandemia, estabelecendo novos grupos de risco à COVID-19; por outro, os resultados do isolamento e do distanciamento parecem atuar sinergicamente às condicionantes sociais pré-pandemia, interferindo, decisivamente, na saúde mental. Ressalta-se que essa realidade é, muitas vezes, desconsiderada até pelos órgãos sanitários nacionais e internacionais em suas publicações sobre a pandemia.

É claro que há um limite, por vezes tênue, relacionado à resiliência individual, entre o sofrimento e a doença psíquica. O sofrimento é esperado pelas mudanças de hábito e pelas incertezas do futuro, enquanto o adoecimento deve ser assumido com cuidado, em face de uma medicalização tão comum em nossos dias. De toda forma, tem-se verificado o agravamento de estados psicopatológicos e o aumento no consumo de álcool e outras drogas que podem caracterizar, no futuro, outros estados patológicos.

O que fica, por fim, é que a pandemia, além de afastar as pessoas do convívio social, potencializou a distância preexistente para aqueles mais vulneráveis, agravando as condicionantes sociais de saúde, trazendo mais sofrimento psíquico e tornando-os mais suscetíveis a doenças. Resta perguntar: afastamento para quem? Distante de quem?

REFERÊNCIAS

1. Wu P, Hao X, Lau EHY, Wong JY, Leung KSM, Wu JT, et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25(3):pii=2000044. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000044.
2. World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) [internet]. Genebra: WHO; 2020 [acesso 2020 Maio 27]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.
3. Garrido RG, Garrido FSRG. COVID-19: Um Panorama com Ênfase em Medidas Restritivas de Contato Interpessoal. *Interfaces Científicas.* 2020; 8(2):127-141. doi: <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3798.2020v8n2p127-141>.
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report—122 [internet]. Genebra: WHO; 2020 [acesso 2020 Maio 27]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200521-covid-19-sitrep-122.pdf?sfvrsn=24f20e05_2.
5. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) Outbreak. *J Travel Med.* 2020 Mar; 27(2):taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
6. Santos IA, Nascimento WF. As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos. *Revista BIOETHIKOS.* 2014; 8(2): 174-185. doi: 10.15343/1981-8254.20140802174185.
7. Szwarcwald CL. ConVid Pesquisa de Comportamentos. [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [acesso 2020 Maio 27]. Disponível em: <https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=contato>.
8. Singer PA, Benatar SR, Bernstein M, Daar AS, Dickens BM, MacRae SK et al. Ethics and SARS: lessons from Toronto. *BMJ.* 2003 Dez; 327(6): 1342-1344. doi: 10.1136/bmj.327.7427.1342.
9. Patten S, Barberton Z. Infodemic: Cronavirus and the fake news pandemic. *Nature.* [internet] 2020 [acesso em 2020 Mai 27]. doi: 10.1038/d41586-020-01409-2.
10. Zamparoni V. Lepira: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* 2017 Jan; 24(1):13-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016005000028>.
11. Goldim JR. COVID-19, Isolamento, Quarentena e Confinamento. *Bioética Complexa e COVID-19* [internet]. 2020 [acesso 2020 Mar 17]. Disponível em: <https://bioeticacomplexa.blogspot.com/>.
12. Foucault M. *História da loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva; 2019. 688 p.
13. Basaglia F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.* Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates; 1980. 158 p.
14. Kampf G, Todt T, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020;104(3): 246-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>.

8 Restrição de contato social e saúde mental durante a pandemia

15. Doremalen NV, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, Tamin A et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N. Engl. J. Med.* 2020 Mar; 382:1564-1567. doi: 10.1056/NEJMc2004973.
16. Leward JA, Lo NC. Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. *Lancet Infect Dis.* [Internet] 2020 Jun [acesso 2020 Mar 23]; 20(6): 631-633. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30190-0.
17. Li Q, Guan X, Wu P, Wang, X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 2020 Jan; 382: 1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
18. Rezende JM. As grandes epidemias da história [internet]. São Paulo: Unifesp; 2009 [acesso 2020 Mar 23]. p. 73-82. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8kf92>.
19. Kilwein JH. Some historical comments on quarantine: Part One. *J Clin Pharm Ther.* 1995 Ago; 20(4):185-187. doi: 10.1111/j.1365-2710.1995.tb00647.x.
20. Parmet WE, Sinha MS. Covid-19 — The Law and Limits of Quarantine. *N. Engl. J. Med.* 2020 Abr; 382; e28. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211>
21. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith, HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med.* 2020 Maio; 172(9): 577-582. doi: 10.7326/M20-0504.
22. Ministério da Saúde (BR). Especial: Doença pelo coronavírus 2019. *Bol. Epidemiol* [Internet]. 2020 Abr 6 [acesso em 2020 Mai 23]; 7: 1-28. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06---BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>.
23. Duczmal LH, Almeida ACL, Duczmal DB, Alves CRL, Magalhães FCO, Lima MS et al. Vertical social distancing policy is ineffective to contain the COVID-19 pandemic. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(5): e00084420. doi: 10.1590/0102-311x00084420.
24. COVID-19: learning from experience. *Lancet.* 2020 Mar; 395(10229): 1101. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30686-3.
25. Lima RC. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2020; 30(2): e300214. doi: 10.1590/S0103-73312020300214.
26. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais [internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2020 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/saude-mental-atencao-psicossocial-pandemia-covid-19-recomendacoes-gerais>.
27. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry.* 2020 Maio-Jun; 42(3): 232-235. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008.
28. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020 Fev; 395(10227): 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
29. Organização Mundial de Saúde. Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP [internet]. Rio de Janeiro 2020 [acesso em 2020 jun 02]. OMS; 2020. 68 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51948>.
30. Inter-Agency Standing Committee. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19. Versão 1.5 [internet]. 2020 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>.
31. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. *Diário Oficial da União.* 2020 Mar 30; Seção 1. p 251.
32. Cruz Vermelha Internacional. Primeiros cuidados psicológicos, remotos, durante o surto de COVID-19 [Internet]. março 2020 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/03/IFRC-PS-Centre-Remote-PFA-during-a-COVID-19-Interim-Guidance-Portuguese..pdf>.
33. Garrido RG, Almeida MP. Impasses entre dignidade e saúde no manejo de cadáveres da COVID-19: identificar ou reconhecer? *Comunic. Ciênc. Saúde.* 2020; 31(Suppl 1): 84-93.
34. Castro, JA. Bem-estar social brasileiro pré-Covid-19: graves debilidades propícias a tragédias. São Paulo: Abet; 2020. p. 56-64. *Capitalismo e a Covid-19: um debate urgente.*
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2018 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso 2020 Jun 02]. *Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica*; 39. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>.
36. Fundação Getúlio Vargas. A escalada da desigualdade. Qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e a pobreza? [internet]. Rio de Janeiro: FGV; 2019 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/desigualdade>.
37. Organização das Nações Unidas. Brasil: teto de 20 anos para o gasto público violará direitos humanos, alerta relator da ONU [internet]. Rio de Janeiro: ONU; 2016 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/brasil-teto-de-20-anos-para-o-gasto-publico-violara-direitos-humanos-alerta-relator-da-onu/>.
38. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019. 152 p. *Coleção Feminismos Plurais.*
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. *Est. Pesq: Inf Demo Socioeconômica* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 abr 19]; 41. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
40. Estrela FM, Soares e Soares CF, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al. Pandemia da covid 19: Refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Cien Saude Colet.* [internet] 2020 Maio [acesso 2020 Jun 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pandemia-da-covid-19-refletindo-as-vulnerabilidades-a-luz-do-genero-raca-e-classe/17581?id=17581>.
41. Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Pólen; 2019. 256 p. *Coleção Feminismos Plurais.*
42. Yassui S, Amarante P, Luzio CA. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique.* 2018; 8(1): 173–190. doi: 10.22456/2238-152X.80426.
43. Dimenstein M, Siqueira K, Macedo, JP, Leite J, Dantas C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq. Bras. psicol.* 2017; 69(2):72-87.
44. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate.* 2009; 33(83): 380-389.
45. Tavares, JSC, Kuratani SMA. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicol. cienc. Prof.* 2019 Jun; 39: e184764. doi: 10.1590/1982-3703003184764.
46. Santos GBV, Alves, MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(11):e00236318. doi: 10.1590/0102-311x00236318 .

9 Restrição de contato social e saúde mental durante a pandemia

47. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisa da Uerj indica aumento de casos de depressão entre brasileiros durante a quarentena [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ; 2020 [acesso 2020 Maio 17]. Disponível em: <https://www.uerj.br/noticia/11028/>.
48. World Health Organization. Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown [internet]. Genebra: WHO; 2020 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/04/alcohol-does-not-protect-against-covid-19-access-should-be-restricted-during-lockdown>.
49. Alves G. Desmedida do valor, Estado de “mal-estar” social e crise do capitalismo global: reflexões críticas sobre o fardo do tempo histórico. Blog da Boitempo [internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 02]. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2018/02/01/desmedida-do-valor-estado-de-mal-estar-social-e-crise-do-capitalismo-global-reflexoes-criticas-sobre-o-fardo-do-tempo-historico/>.
50. Freitas F, Amarante P. Medicalização em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. 148 p.
51. Caliman LV, Passos E, Machado AM. A medicação nas práticas de saúde pública. Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação. Paraná: CRV; 2016. p. 19-40.
52. Gonçalves E. O salto das vendas de Rivotril durante a pandemia de coronavírus. Veja [Internet]. 2020 Maio [acesso 2020 Maio 20]. Disponível: <https://veja.abril.com.br/brasil/o-salto-das-vendas-de-rivotril-durante-a-pandemia-de-coronavirus/>.
53. Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Carta do IV Seminário Internacional A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos. [internet] 2015 [acesso em: 2020 maio, 29]. Disponível: <http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/educacaomedicalizada/article/view/4/6>

Como citar este artigo/How to cite this article:

Garrido RG, Rodrigues RC. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. J Health Biol Sci. 2020 J; 8(1):1-9.