



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD**

INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
FioCruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES**  
**DE SAÚDE NA AMAZÔNIA (PPGVIDA)**

**JACKELINE CRISTINA DUQUE OCAMPO**

**SAÚDE MENTAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA**  
**FRONTEIRA BRASIL-COLÔMBIA**

**MANAUS - AM**  
**2023**



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD** INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES**  
**DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**JACKELINE CRISTINA DUQUE OCAMPO**

**SAÚDE MENTAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA**  
**FRONTEIRA BRASIL-COLÔMBIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Dissertação de pesquisa apresentado no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA.

**ORIENTADOR: Prof. Dr. JULIO CÉSAR SCHWEICKARDT**

**MANAUS – AM**  
**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

O15s

Ocampo, Jackeline Cristina Duque

Saúde mental no enfrentamento da pandemia de Covid-19 na fronteira Brasil-Colômbia. / Jackeline Cristina Duque Ocampo. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

66 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César Schweickardt.

1. Covid-19 2. Saúde mental I. Título

CDU 616.9(811.3) (043.3)

CDD 616.2414

22. ed.

**Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 N° 287**

**JACKELINE CRISTINA DUQUE OCAMPO**

**SAÚDE MENTAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA  
FRONTEIRA BRASIL-COLÔMBIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Dissertação de pesquisa apresentado no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA.

**Aprovada em: 27 de março de 2023.**

**BANCA EXAMINADORA**

*Prof. Dr. – Orientador*

**JULIO CÉSAR SCHWEICKARDT**

Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ Amazônia

*Prof<sup>a</sup>. Dra. – Membro Externo*

**SÔNIA MARIA LEMOS**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

*Prof<sup>o</sup>. Dr. – Membro Interno*

**ALCINDO ANTONIO FERLA**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt pela orientação, paciência, compreensão e confiança para que a pesquisa tivesse o resultado esperado. Foi um apoio em todo o meu estado acadêmico e pessoal, possibilitando sempre um espaço para expressão de meu interesse de conhecimento e crescimento profissional.

Aos participantes por se disponibilizarem a retroceder no tempo através de suas vivências dolorosas que tiveram que afrontar na pandemia da COVID-19, a perda de muitas pessoas. Ao meu tio que faz parte dessa história, na memória das famílias que perderam alguém e profissionais da saúde, que foram valentes para sair adiante com tanta dor no coração, que era evidente quando faziam o relatório desse momento tão difícil para o mundo inteiro. Relatos que foram fundamentais para esta pesquisa.

A toda a equipe que trabalha na FIOCRUZ – Amazônia (Brasil), que sempre estiveram de olho em tudo que precisavam quando esta aventura começou e mais no isolamento, sempre tinha uma ajuda e uma solução para os estudantes estrangeiros, obrigada pelo acolhimento.

A minha avó Maria que acreditou que era possível fazer realidade os sonhos. A minha mãe e irmãos que me motivaram sempre. A Nataly que me recebeu com acolhimento de carinho e deu força para não chorar com a falta da minha família, ela agora é a minha irmã, meu amigo Juan Camilo que também me acompanhou nesta aventura deixando a vida inteira na Colômbia, e sempre me dava animo de continuar. E, principalmente, ao meu marido Oscar, meu companheiro de aventuras que é meu poste de aterramento, à minha filha Victoria e meu filho do (SUS) Alejandro que foi uma surpresa em nossas vidas. Eles foram um total apoio, ao compreender os momentos de ausência, de doença, de gravidez, de maternidade, e, sobretudo no final agradeço a Deus que me deu esta alegria por ter conseguido o objetivo de estudar em Brasil e minha família esteja orgulhosa.

AGRADEÇO

## RESUMO

A seguinte pesquisa teve como objetivo analisar as estratégias de enfrentamento em saúde mental dos profissionais de saúde na pandemia de COVID-19, na fronteira Amazônica entre Brasil e Colômbia, nos municípios de Tabatinga e Leticia. Foram realizadas entrevistas com diferentes profissionais de saúde que estiveram na frente do trabalho no período, seja no hospital, na clínica ou no centro de atendimentos na fronteira. Desse modo, procuramos entender as estratégias utilizadas pelos profissionais na área da saúde. A doença é causada por uma variação do coronavírus, chamada do novo coronavírus (SARS-CoV-2). A pesquisa tem como resultados em saúde quais foram as possíveis estratégias utilizadas pelos profissionais para realizarem atenção em saúde mental durante a Pandemia com os pacientes atendidos na fronteira entre os municípios de Tabatinga e Leticia, que conseguiram de alguma maneira avançar nos fluxos de atendimento. A fronteira tem as suas características e os seus desafios, o que foi intensificado, além do mais, na primeira onda da pandemia, quando famílias foram separadas pelas barreiras sanitárias, a fronteira fechada, o aumento de óbitos, a falta de insumos e medicamentos para os usuários, a falta de leitos e de uma logística de remoção dos casos graves, além da falta de informação sobre a doença e, para piorar, a desinformação com tratamentos sem comprovação científica. Estes fatos produziram situações de estresse aos profissionais e ansiedade na população que também sofria com toda a situação. E na segunda onda os resultados de atendimento não melhoravam porque os profissionais dos municípios de Leticia e Tabatinga estavam mais cansados, o estresse de responder rápido porque continuam sem conhecimento maior do vírus e o tratamento da doença, e no exercício diário de compreensão, de análises da situação de fronteira, como um sistema de políticas públicas e parcerias entre os países de fronteira devem ser uma só nação em caso de uma emergência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental, fronteira, atendimento, pandemia, Amazônia.

## **ABSTRACT**

The following research will have as objective to analyze the mental health confrontation strategies of two health professionals in the COVID-19 pandemic on the Amazon border between Brazil and Colombia, in the municipalities of Tabatinga and Leticia. Conducted interviews with different health professionals who are in front of work during the period, whether in hospital, clinic or border care center. In this way, we try to understand the strategies used by professionals in the health area. The disease is caused by a variation of the coronavirus, called the new coronavirus (SARS-CoV-2). The research has as results in health the possible strategies used by professionals to carry out mental health care during the Pandemic with patients treated on the border between the municipalities of Tabatinga and Leticia, which will somehow advance our care flows. The border has its characteristics and its challenges, or that it was further intensified in the first wave of the pandemic, when families are separated by sanitary barriers, the dated border, or increase in deaths, due to lack of supplies and medicines for users, In the absence of laws and a logistics of removal, two serious cases, in addition to the lack of information about the disease and, to worsen, to misinformation with treatments without scientific verification. These situations would produce stressful situations for professionals and anxiety for the population, which also suffered from the whole situation. In the second wave, the results of care were not better because the professionals in the two municipalities of Leticia and Tabatinga were more tired, or stressed to respond quickly because they continue without greater knowledge of the virus and the treatment of the disease, and no daily exercise of understanding and analysis of the Border situation and as a system of public policies and partnerships between border countries should be a single nation in case of an emergency.

**KEYWORDS:** Mental health, border, care, pandemic, Amazonia.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>PREFÁCIO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....</b>	<b>16</b>
	<b>a. Tipo de Pesquisa.....</b>	<b>16</b>
	<b>b. As etapas metodológicas.....</b>	<b>16</b>
	<b>c. Procedimentos metodológicos.....</b>	<b>17</b>
	<b>d. Local de realização da Pesquisa.....</b>	<b>18</b>
	<b>e. Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>22</b>
	<b>f. Planos de Análise de Dados.....</b>	<b>23</b>
	<b>g. Aspectos éticos e legais da Pesquisa.....</b>	<b>23</b>
	<b>CAPÍTULO 1: A PANDEMIA E SEUS EFEITOS NA SOCIEDADE.....</b>	<b>24</b>
	<b>A Pandemia de COVID-19 e seus Efeitos na Fronteira.....</b>	<b>25</b>
	<b>As epidemias e pandemias na Fronteira: malária, cólera e dengue.....</b>	<b>27</b>
	<b>COVID-19 e as estratégias de enfrentamento na fronteira.....</b>	<b>30</b>
	<b>CAPÍTULO 2: A SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA FRONTEIRA.....</b>	<b>35</b>
	<b>A Saúde Mental em Tempos de Pandemia.....</b>	<b>35</b>
	<b>As práticas dos profissionais no enfrentamento da pandemia.....</b>	<b>38</b>
	<b>CAPÍTULO 3: ENTRE LETICIA E TABATINGA: DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DA COVID-19.....</b>	<b>43</b>
	<b>Remédios resolveram problemas de saúde mental?.....</b>	<b>47</b>
	<b>Oportunidade e Integração nos serviços de saúde mental como estratégias de afrontamento na fronteira entre Leticia e Tabatinga.....</b>	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
	<b>SOBRE A AUTORA.....</b>	<b>65</b>

## 1 PREFÁCIO

*O homem da ciência parece ser o único que hoje tem algo a dizer, e o único que não sabe dizer.*

*Sir James Barrie*

Mulher de origem humilde, nascida em meio da selva no Amazonas Colombiano, de mãe brasileira e de pai colombiano, criada em uma múltipla culturalidade da mistura colombo-brasileira que ensinou a querer os dois países como se fosse um só, e assim foi feito o aprendizado da vida, da trajetória pessoal e agora profissional. Desde criança sempre gostava de ler e escrever em português, nas férias morava na casa dos primos que são brasileiros e moravam em Tabatinga, e assim foi conhecendo mais e ampliando a visão de como era conhecer o Brasil.

Aos dezessete anos mudou-se para a cidade de Bogotá (capital da Colômbia) para iniciar seus estudos profissionais em Psicologia, saindo do município de Leticia Amazonas, com a finalidade de apostar a uma carreira profissional que pouco se falava no país, porque tinha baixas probabilidades de trabalho e ainda mais sendo mulher, quando as ofertas laboráveis eram mais para os homens do que para as mulheres. Porém, passando os seis anos de estudo conseguiu finalizar com êxito o curso, abrindo caminho na profissão, trabalhando em empresas privadas, mas sempre com os interesses de voltar ao início que deu para si a realizar pesquisa na minha Amazônia.

Depois de vinte anos, voltou aos caminhos das suas origens na terra onde nasceu, não retornou só, mas com uma filha de três anos, que por amor esteve ao seu lado nessa aventura. Quando estava morando no município de Puerto Nariño, na área ribeirinha do rio Amazonas, foi quando apareceu a ideia da pesquisa em saúde mental, principalmente com crianças e adolescentes indígenas. No Amazonas colombiano se apresentou uma oportunidade de participar na chamada pública da FIOCRUZ - ILMMD para estrangeiros. Foi um desafio porque tinha que fazer o relato em português, idioma que tinha deixado anos atrás quando saiu de sua terra, mas teve coragem e foi selecionada, sem pensar o que estava por vim para si.

A história realmente começa nesta parte quando teve que partir da sua pequena terra, deixar a família, a sua vida inteira na Colômbia e sair em procura do seu grande sonho em Manaus, com expectativa de estudar, aprender e não voltar em um bom tempo porque assim era o caminho que escolheu, mas isso não aconteceu porque depois de um tempo de chegar a Manaus e de ser recebida por gente maravilhosa e uma cidade linda dentro da selva do

Amazonas, a selva de cimento. Tudo mudou em 26 de fevereiro de 2020, quando a OMS confirmava o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, de uma pessoa de 61 anos que vinha da Itália. E até 11 de março de 2020 o COVID-19 foi declarado Pandemia pela OMS.

Com a confirmação do COVID-19, realizou-se uma reunião com os docentes da FIOCRUZ para comunicar aos estudantes sobre o que estava acontecendo e o que ia acontecer nos países latino-americanos, especialmente porque nosso sistema de saúde não estava preparado para receber a ameaça da Pandemia. Em algumas regiões dos nossos territórios não contavam com os profissionais de saúde para a atenção básica de saúde, que íamos precisar durante a pandemia. E, depois de tudo explicado, umas lágrimas saíram que não poderia descrever, porque foram vários sentimentos ao mesmo tempo, mas que foi de desespero porque no fundo sabia que tinha que voltar ao lado da sua família, antes que os países fechassem as fronteiras.

E assim aconteceu, mudaram o cronograma das aulas para que a partir desse momento tivessem aulas remotas, quando tudo ia ser fechado, o isolamento era real. No território de fronteira a conectividade da internet é péssima, quando as condições estavam sendo difícil para todo o mundo. Ali na fronteira seria mais devastador porque o sistema de saúde da Colômbia não é público, aonde a maioria dos alimentos chegava de avião e piorou quando os voos foram de diárias para somente de uma vez por semana. O transporte fluvial também teve restrições e contribuiu para escassez de alimentos.

A pesquisa também teve mudanças porque a população que iria trabalhar não era a mesma, o problema e objetivo de pesquisa foi mudada três vezes. E além de tudo não tinha orientador e demorou para indicação de um orientador. O acompanhamento desde a distante Leticia Amazonas (Colômbia), ainda mais sendo estrangeira, como mulher, estava atravessando a maternidade e o nascimento do seu segundo filho em plena pandemia, que nasceu em Tabatinga com todo o protocolo de saúde na UPA (filho do SUS), foram momentos difíceis porque poderia ter deixado de lado os seus estudos e os sonhos desde criança. Mas de repente, depois de quase um ano, o professor Júlio Cesar Schweickardt o adotou com um acolhimento muito grato no Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), e me a levou pelo caminho da boa e responsável pesquisa.

A primeira ideia de pesquisa era sobre o suicídio em comunidades indígenas em idade precoce, tendo a população de pesquisa, os consentimentos dos pais e a comunidade no rio Amazonas colombiano. Mas não foi possível porque na Colômbia não tem comitê de ética para pesquisa com indígenas. Então, novamente, tivemos que mudar o objeto da pesquisa para trabalhar com suicídio em indígenas, com dados secundários na tríplice fronteira, mas os

municípios de Leticia e Tabatinga não têm muitos dados sobre esse tema, nem autorizaram utilizar das informações para pesquisa. Foi uma investigação falhada, por última opção o Professor Júlio Schweickardt sugeriu que eu participasse na pesquisa “Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”.

Assim, como pesquisa guarda-chuva, o panorama foi aberto para obter os resultados desta pesquisa que fez se conhecer como pesquisadora, adorar sua profissão e aprender mais da ciência e da saúde na Amazônia. Desse modo, foi possível contribuir para a mudança de consciência sobre a investigação, que o mundo precisa de mais profissionais para responder as problemáticas sociais e de saúde, especialmente depois da experiência da pandemia.

## 2 INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa analisou-se a atuação dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19 na região de fronteira do Alto Rio Solimões, especialmente nos países da Colômbia e Brasil, nos municípios de Tabatinga e Leticia. Entende-se que o contexto da fronteira apresenta desafios e situações específicas para responder à pandemia. A fronteira foi palco de disputas e negociações desde o início da COVID-19 na região (SCHWEICKARDT, *et al.*, 2022).

O primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 24 – Sars-Cov-2*) foi reportado na China, no início de dezembro de 2019 (WANG, *et al.*, 2020; XIAO, 2020). A rápida escalada da doença (*Coronavirus Disease 2019 – COVID-19*), com disseminação em nível global, fez com que a *World Health Organization* a considerasse uma pandemia. Em 16 de abril de 2020, o número de casos confirmados mundialmente superava dois milhões, ao passo que o número de mortes superava 130 mil (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2020). Nessa mesma data, o Brasil contava com 30.425 casos confirmados e 1.924 mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Entretanto, estima-se que esses números sejam ainda maiores, dado que não levam em conta atrasos nas notificações ou casos positivos não testados (RUSSELL, *et al.*, 2020). Estatísticas sugerem que o número de reprodução da COVID-19. Assim, o tempo de duração e os desdobramentos da pandemia ainda permanecem imprevisíveis (XIAO, 2020).

No campo da dinâmica pública brasileira, este período foi também marcado por controvérsias como: políticas em um cenário pré-eleitoral; gestões públicas e projetos político-econômicos em choque; ascensão e queda dos ministros da saúde; desrespeito e desinvestimento progressivo na produção científica nacional; (des)governos, cinismos, descasos (PRADO, 2020).

A legislação brasileira, em diversos artigos, reitera o direito à saúde em todo seu território. A Lei nº 8080, referida no Artigo nº196 da Constituição Federal, e posteriormente as diretrizes do Pacto em Defesa do SUS, presentes no Pacto pela Saúde, em 2006, reiteram a definição da saúde como direito fundamental, e estabelece o Estado como responsável pela provisão das condições para efetivação do mesmo. Entretanto, outros países como Colômbia e o Peru, trazem em seus sistemas de saúde concepções e regimes de gestão e financiamento distintos (RIZZOTTO; e CAMPOS, 2016).

A pesquisa de Mestrado faz parte da pesquisa “Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”. A investigação é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas e está sendo coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia).

Desse modo, tomar-se-a como estudo de caso as cidades de Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia) para analisar como os profissionais de saúde fizeram abordagens em atenção de saúde mental durante a pandemia do COVID-19 e quais foram essas estratégias. Assim, nos interessa acompanhar e conhecer as atividades dos profissionais de saúde, especialmente as equipes de saúde mental. Cabe mencionar que participamos da escrita coletiva do capítulo “A COVID-19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM”, sobre as estratégias de enfrentamento de COVID-19 no município de Tabatinga e fronteira, como parte da pesquisa referida acima (SCHEICKARDT, *et al.*, 2022).

Inicialmente descrevem-se os serviços na atenção em saúde mental na fronteira entre Leticia (Colômbia) e Tabatinga (Brasil) no período da pandemia de COVID-19, desde o início em março de 2020, sendo os habitantes da fronteira de Leticia e Tabatinga quem se observa mais afetados, porque a maioria não acreditava na Pandemia e das doenças que teriam e como ia a afetar a todo o mundo. Muitas vezes as pessoas falavam que: “os jornais estão sendo exagerados, catastróficos, falando besteira, isso é impossível que aconteça, a gente não vai morrer, isso é invenção do governo”.

Como consequência, muitas pessoas não acreditaram nas estratégias de enfrentamento da pandemia, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde que estavam informando sobre os pontos de atenção, informando casa a casa, nos meios de comunicação. Os profissionais de saúde tiveram que construir estratégias diferentes de atenção imediatas em saúde mental para superar os obstáculos dos acordos internacionais e aproveitar as oportunidades oferecidas pela proximidade com o país fronteiriços da Amazônia.

Os serviços de atenção básica foram importantes na atuação dos profissionais, e assim, especialmente no sistema de saúde universal em região de fronteira. A saúde mental ainda é um desafio, tanto pela falta de profissionais como do entendimento da sua função num período de emergência sanitária.

Segundo a autora Dévora Kestel, diretora do departamento de saúde mental e abuso de substâncias da OMS (2022), antes da pandemia, quase um bilhão de pessoas já sofriam de um transtorno mental diagnosticável, 82% das quais viviam em países de baixa e média renda, com pessoas com transtornos mentais graves morrendo 10 a 20 anos antes da população em geral.

Desde então, a pandemia da COVID-19 afetou a saúde mental e o bem-estar de muito mais pessoas, tanto as que já sofriam com esses problemas quanto as que não sofriam, acentuando as deficiências dos sistemas de saúde e as desigualdades socioeconômicas. Estima-se que a pandemia tenha aumentado a prevalência de depressão e ansiedade globalmente entre 25% e 27%.

A iniciativa especial da OMS sobre Saúde Mental fez progressos constantes e positivos na maioria dos países participantes, expandindo gradualmente os serviços e encorajando mudanças. Fornece orientação e ferramentas objetivas, prestando atenção especial aos grupos mais vulneráveis (mulheres, crianças, jovens, idosos e refugiados) e princípios internacionais de direitos humanos como base para a reforma de políticas, estratégias e leis de saúde mental, ao mesmo tempo em que afeta o reforço dos sistemas de atenção psicossocial (psicosanitárias) para alcançar mudanças duradouras no longo prazo (KESTEL, 2022).

Também dentro dos diferentes artigos encontraram-se somente os profissionais de saúde tiveram problemas de saúde mental, enquanto e por conta do isolamento social como medida de contenção do contágio desencadeou problemáticas sociais como: violência intrafamiliar, principalmente contra crianças e mulheres. Hernández, *et al.* (2022) relataram que, no Peru, um dos países mais afetadas pela pandemia, chamadas para denunciar violência aumentaram de forma alarmante desde a primeira semana de isolamento. A maioria das ligações correspondia a casos de violência contra a mulher (43%) e um percentual um pouco menos correspondeu a situações de violência contra crianças (35%). A maioria das ligações (55%) vieram da capital do país, onde mora 33% da população Peruano (HERNÁNDEZ, *et al.*, 2022). Deve-se mencionar que os casos de violência deixam danos significativos ao desenvolvimento da personalidade e saúde mental das vítimas, exigindo atendimento psicológico tanto para os agressores quanto para os agredidos (VASQUEZ; COLUNGA, 2022).

A situação anterior junta-se o luto complicado, causado por não poder despedir-se de entes queridos que faleceram em isolamento hospitalar. A esse respeito, em um estudo qualitativo realizado no México, Ortiz-Aceves (2022) constatou que pessoas hospitalizadas por coronavírus relataram que seu maior medo era morrer sem poder se despedir de seus familiares (VASQUEZ; COLUNGA, 2022).

Alguns autores (LEÓN & OLVERA, 2022; URZÚA, *et al.*, 2020) relataram que os trabalhadores de saúde têm mostrado fortes efeitos devido à contingência de saúde, tanto fisicamente quanto mentalmente. Urzúa, *et al.* (2020), em seu estudo em centros de saúde no Chile, com 125 profissionais de saúde - a maioria médicos e pessoal de saúde enfermagem, constatou que 74% apresentaram sintomas de ansiedade, 65% indicaram ter insônia e 57%

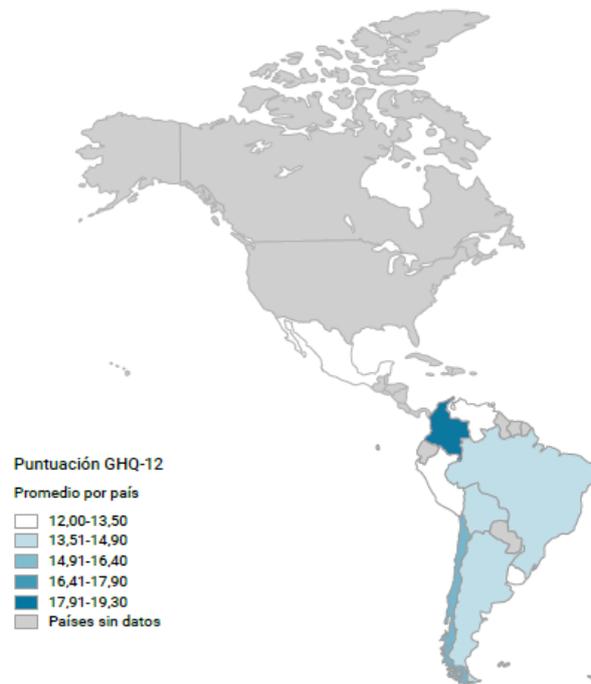
registraram angústia; além disso, destacou o fato de os médicos terem pontuações mais baixas do que a equipe de enfermagem, mas os médicos assistentes os pacientes com doenças respiratórias apresentaram os maiores escores.

Por sua vez, León e Olvera (2022) realizaram uma revisão sistemática e relataram profissionais de saúde apresentaram as seguintes patologias: estresse laboral, depressão, ansiedade e problemas de sono; portanto, houve uma demanda significativa por atenção à saúde mental por parte desse grupo de trabalhadores, para amenizar os danos que afetaram sua saúde mental, principalmente no início da pandemia. Dado semelhante encontrou Danet (2021), que relatou aumento de estresse, ansiedade, depressão, insônia e esgotamento entre os profissionais de saúde durante a pandemia.

A saúde e doença, desse ponto de vista, são categorias políticas; esses fenômenos, em sua maioria, contêm alto caráter social, diferenciado por condições de desigualdade e injustiça na distribuição de riqueza, afetando em maior grau economicamente desfavorecidos, como foi observado no caso da pandemia de COVID-19. Está Este último foi renomeado por alguns acadêmicos (ALMEIDA-FILHO, 2021; MCMAHON, 2021; MORA-ALVARADO, 2022) como uma sindêmica e não uma pandemia, pois, embora seja uma doença causada por um vírus, nem todas as pessoas sofreram da mesma forma o fenômeno, nem todos foram afetados em sua economia, seu trabalho, seu bem-estar e, portanto, portanto, em sua saúde mental. Como apontou Almeida-Filho (2021), o termo sindêmica é usado “para entender componentes sociais, comportamentais e culturais de doenças emergentes, como a atual pandemia de COVID-19”. Dessa forma, o conhecimento científico sobre saúde, doença e seu processo de atenção são altamente influenciados pelas condições sociais, políticas e econômicas dos contextos do país e do mundo; mesmo em países ricos observa elevada desigualdade social e barreiras à atenção integral à saúde. No caso da saúde mental, essas barreiras são ainda mais fortes e, portanto, menos acessível, colocando a população em condições precárias para alcançar esse direito humano à saúde integral (VASQUEZ; & COLUNGA, 2022).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2022), realizou uma pesquisa com respeito à saúde mental das equipes de saúde, obtendo como resultado como e observado na figura, numa faixa de 0 a 32 pontos, em que a maior pontuação indica nível mais alto de desconforto psicológico, a média dos países da Região oscilou em uma faixa de 13,5 a 16,6 na Argentina, Brasil, Chile e Estado Plurinacional da Bolívia. Por sua vez, Guatemala, México, Peru, Porto Rico, República Bolivariana da Venezuela e Uruguai apresentaram, em média, pontuações menores em sofrimento psíquico (entre 12,0 e 13,5). A Colômbia foi o país com o maior nível de agitação psicológico, com média de 19,34 pontos (DP = 0,27).

**Figura 1. Faixas médias de sofrimento psicológico relatadas pelo pessoal de saúde pesquisado, países das Américas latina que participou do estudo.**



Fonte: Organização Panamericana de Saúde - OPAS, 2022.

Nesta pesquisa, vamos descrever de forma qualitativa as estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde mental na fronteira de Brasil e Colômbia, como parte da resposta emergencial na Pandemia da COVID-19. O objetivo geral é analisar as estratégias de enfrentamento em saúde mental na pandemia de COVID-19 na fronteira Amazônica entre Brasil e Colômbia. Os objetivos específicos foram: Descrever o fluxo assistencial dos serviços de saúde mental no Brasil e Colômbia na região de fronteira; analisar as ofertas dos serviços de saúde mental durante a pandemia; e descrever as principais demandas por serviços de saúde mental nos municípios da trílice fronteira.

Nesta pesquisa também procurou-se responder às seguintes questões/problema: Como os profissionais de saúde dos municípios de Leticia e Tabatinga atuaram na atenção em saúde mental no período da pandemia? Como foram definidos os fluxos dos serviços de saúde mental nos municípios da situação e condição de fronteira?

### **3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

#### **a. Tipo de Pesquisa**

A pesquisa teve abordagem qualitativa e participativa, na qual analisamos as estratégias dos profissionais de saúde no enfrentamento das situações de saúde mental durante a pandemia de COVID-19.

Segundo Denzin e Lincoln (2006) destacam que, “a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem”.

De acordo com Neves (1996, p. 01), “nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados”.

#### **b. As etapas metodológicas**

Primeiramente realizamos a pesquisa com dados secundários e documentais com informações sociodemográficas, epidemiológicos e as ações desenvolvidas nos municípios de Tabatinga e Letícia.

O levantamento realizado foi com dados coletados pelos profissionais de saúde de fronteira que estiveram na linha de frente de combate a pandemia do COVID-19 na tríplice fronteira.

No segundo momento, realizamos as entrevistas com os profissionais de saúde e gestores das clínicas e hospitais de fronteira. Aplicamos um roteiro de perguntas<sup>1</sup> sobre o enfrentamento dos profissionais durante a pandemia e como foi resolvida a situação da saúde mental e as estratégias para responder às necessidades de cuidado dos pacientes com COVID-19.

A coleta da informação foi de uso com a gravação das entrevistas, seguida das transcrições de forma integral.

---

<sup>1</sup> Anexo, roteiro de perguntas das entrevistas aos profissionais de saúde na tríplice fronteira.

### **c. Procedimentos metodológicos**

O primeiro contato foi realizado com os secretários municipais de saúde, sendo que em Tabatinga já havia anuência da pesquisa do projeto mais amplo; mais isso foi descartado porque os agentes das secretarias municipais de saúde não tinham tempo para as reuniões o que levou a um segundo momento que foi aplicar o instrumento aos profissionais de saúde de diferentes clínicas e hospitais de maneira individual nos tempos livres de cada profissional; no terceiro momento, realizou-se a transcrição das entrevistas; quarto, realizou-se análises das entrevistas e discussão dos resultados.

Em um primeiro momento a pesquisadora convidou nove profissionais em saúde de fronteira de Leticia e Tabatinga, para serem participantes da pesquisa, enfatizando a estratégia metodológica participativa. Os profissionais foram agendados na mesma data em um só grupo, mas não foi possível conseguir os relatos de todos, pelo tempo que tinham para trabalhar, pois os candidatos convidados na pesquisa foram: médico pediatra, nutricionista, médico clínico geral, enfermeira-chefe, auxiliar de enfermagem e psicóloga.

Para um segundo momento, os participantes foram citados individualmente em seus locais de trabalho ou em seu tempo livre o que foi possível coletar as entrevistas de cada um, o que fez um relato mais humano e emocional, consegue-se em cada entrevista que os profissionais estivessem mais abertos em sua história, conseguindo que alguns deles até lembrassem histórias dolorosas que achavam ter esquecido, cada entrevista durou por profissional de uma hora até duas horas.

Em um mês e meio conseguiu-se fazer as entrevistas com os seis participantes que trabalharam em clínicas e hospitais durante a pandemia, sendo quatro profissionais de Leticia e dois de Tabatinga. Foram três profissionais descartados como participantes da pesquisa porque não finalizaram as perguntas durante a entrevista. Sendo um deles não concordou em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, e, portanto, não compôs o grupo de participantes.

Finalmente, foram difíceis fazer os encontros com os profissionais de saúde dos municípios de Leticia e Tabatinga, porque os tempos não coincidiram, sendo que as respostas foram limitadas. A aplicação dos instrumentos aos profissionais de saúde foi de maneira individual, alguns foram entrevistados nos seus escritórios e outros foram coletados em entrevistas de maneira telefônica; seguidamente foi transcrita as entrevistas porque todas foram gravadas.

#### **d. Local de realização da pesquisa**

Realizou-se a pesquisa nos municípios de Tabatinga (Brasil – AM) e Leticia (Colômbia – AM), ambas localizadas a 1.107 quilômetros da capital do estado do Amazonas (Brasil), Manaus. As cidades do estado do Amazonas possuem baixa circulação de pessoas, como seria o esperado. Uma destas, é a cidade de Tabatinga, localizada numa área geográfica importante e estratégica para o país, por se tratar de uma região fronteiriça com os países Colômbia e Peru, conhecida como tríplice fronteira, possuindo uma fronteira seca com a cidade de Leticia-CO e uma fronteira úmida com a localidade de Santa Rosa – PE, sendo que estas constituem uma área de livre comércio definida pela lei nº 7.965/1989 (SANTOS; LOPEZ; CARVALHO e PEREIRA, 2021).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019), Tabatinga é um município brasileiro no interior do estado do Amazonas, Região Norte do país. Pertencente à Mesorregião do Sudoeste Amazonense, Microrregião do Alto Solimões, e tem uma população estimada em 65.844 habitantes. Além disso, Tabatinga possui uma região portuária de carga e descarga de produtos, serviços e transporte de pessoas; aeroporto internacional com voos diários; e, especialmente, comunidades indígenas, que em sua maioria são povos Tikuna e Kokama, que transitam pela cidade comercializando produtos, compartilhando saberes, suas culturas e contribuindo para o comportamento social único dessa região. Neste espaço geográfico, além dos próprios tabatinguenses, há um fluxo migratório contínuo de servidores (militares das forças armadas, órgãos federais, instituições de ensino superior, instituto federal, dentre outros), além de colombianos e peruanos, que também mantêm uma relação cultural e comercial que influenciam em seus costumes e modo de vida (SANTOS; LOPEZ; CARVALHO e PEREIRA, 2021).

A Colômbia é um país de renda média e uma das maiores economias da América Latina. No entanto, de acordo com o coeficiente de Gini (0,538), é também um dos países com maior desigualdade da Região. Além disso, a situação na Colômbia é peculiar. Em 2016, foi realizado um plebiscito no qual os cidadãos rejeitaram um acordo de paz com os guerrilheiros das Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia-FARC. Apesar desses resultados, um acordo reformado foi assinado, e a violência dos grupos guerrilheiros e o número de mortes violentas diminuíram significativamente (38) de acordo. No entanto, guerrilhas, grupos paramilitares e outros grupos armados ilegais continuam existindo em vários territórios do país (OPS, 2022).

Verificando as estatísticas, antes da pandemia, a Colômbia estava entre os países com maior prevalência de ansiedade em todo o mundo (5,8% em comparação com uma média

mundial de 3,6%) e com o maior percentual de tempo vivido com incapacidade devido à depressão (9,4% em comparação com uma média mundial de 7,5%). A situação sociopolítica e as consequências económicas relacionadas com a pandemia criaram um contexto difícil para as equipas de saúde, com risco acrescido de stress, ansiedade e outras patologias. Um aspecto fundamental relacionado às condições de trabalho foi à campanha de vacinação. Funcionários de saúde que não cuidaram diretamente de pacientes com COVID-19 ou que não tiveram contato com pessoas falecidas aceitaram a vacinação na segunda etapa da campanha (OPS, 2022).

De acordo com o IBGE, a população estimada no ano de 2019 é de 65.844 habitantes no município de Tabatinga (Brasil), e apresentando uma população indígena aldeada expressiva, conforme informação do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, o que nos permite discorrer sobre, e dar destaque aos recursos de enfrentamento à pandemia por esses atores, que por vezes mostrou-se desafiador, onde os mesmos tiveram que construir barreiras sanitárias na tentativa de conter a proliferação do vírus nas aldeias e comunidades próximas à cidade.

Tabatinga está localizada na região sudoeste do Amazonas, conhecida como tríplice fronteira com os países do Peru e Colômbia. Avenida da Amizade, que começa no aeroporto da cidade brasileira, chega à cidade de Letícia, município vizinho da Amazônia colombiana, como um cordão umbilical, fazendo com que a vida na região seja uma intensa mistura cultural, com referências brasileiras, colombianas e peruanas (IBGE, 2021).

Letícia está com uma população estimada em 42.610 habitantes, está localizado no extremo sul do país, às margens do rio Amazonas, ao sul da área não municipalizada de Tarapacá e a leste do município de Puerto Nariño. Sua extensão territorial é de 5968 km<sup>2</sup>, sua altura é de 82 metros acima do nível do mar, de acordo com o último censo demográfico de 2019 (DANE, 2019).

O município de Letícia-CO limita-se ao norte com o município de Tarapacá-CO, a Leste com o Brasil, ao sul com o Brasil e Peru e a oeste com o município de Puerto Nariño-CO. A sede municipal está localizada entre 0 e 80 m acima do nível do mar e está a 1.100 quilômetros de Bogotá-CO. O Município de Letícia-CO tem uma área aproximada de 5.968 km<sup>2</sup>.

Letícia tem uma extensão de 5.980 km<sup>2</sup>, o que equivale a 5,44% dos 109.665 quilômetros quadrados do Departamento do Amazonas. É a capital do departamento do Amazonas. De acordo com o último censo populacional realizado pelo Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE, 2019), o município de Letícia tem 42.610 habitantes, dos quais 49,6% são homens e 50,4% são mulheres [...]; além disso, [...] os

habitantes do município de Letícia estão desagregados em população rural com 36,7% e população urbana com 63,3%.

Os municípios de Letícia (Colômbia) e Tabatinga (Brasil) são separados por uma linha imaginária de fronteira. Você pode caminhar de um município para outro (Colômbia ao Brasil) apenas atravessando uma rua e misteriosamente não é necessário mostrar seu passaporte e não há controle policial em cada uma das fronteiras.

As cidades gêmeas Tabatinga-Letícia (Brasil e Colômbia) estão ligadas a cidades próximas de Manaus e Bogotá por via fluvial e aérea, a primeira, e aérea, a segunda. As cidades peruanas, por sua vez, se conectam com a cidade de Iquitos (Peru) por transporte fluvial. Por possuírem a maior densidade institucional do Trapézio Amazônico, essas cidades atraem fluxos populacionais de diversos tipos. Além de a alta migração que a região vem recebendo de diversas áreas dos respectivos países vizinhos, há uma grande circulação transfronteiriça de grupos populacionais altamente móveis, como povos indígenas, principalmente ticuna, bem como comerciantes, funcionários públicos – especialmente militares - turistas, profissionais do sexo e traficantes de substâncias ilícitas, cada um com suas especificidades em relação à vulnerabilidade em saúde.

Do total de cidades-gêmeas, apenas seis são consideradas cidades-gêmeas, pois além de apresentarem a mesma malha urbana, não possuem acidentes geográficos entre elas nem controle de pessoas e mercadorias na linha-limite por elas compartilhada (BENTO, 2015). Dessa forma, as cidades-gêmeas conturbadas de Tabatinga e Letícia são as únicas na faixa de fronteira amazônica.

Na Amazônia, para além de toda a sua riqueza natural já conhecida e ainda a ser descoberta, e de sua grande relevância regional, nacional e internacional, concentrando a maior bacia hidrográfica do mundo, a maior floresta tropical do planeta e elevada biodiversidade, torna-se necessário considerar a cidade enquanto espaço fundamental no desenvolvimento e planejamento da região, conforme Becker (2005), “porque nela a população está concentrada, constitui o nó das redes de relações, e pode, inclusive, impedir a expansão demográfica na floresta”.

Nesse contexto, no estado do Amazonas, temos como “nó das redes de relações” a emergência das cidades-gêmeas de Tabatinga e Letícia, localizadas respectivamente no Brasil e Colômbia, intrincadas no interior da Floresta Amazônica.

As cidades-gêmeas de Tabatinga e Letícia possuem um intenso fluxo entre seus habitantes, apresentando considerável fluidez territorial entre as mesmas e com elevado grau de complementaridade econômica. Apesar dessa marcante integração entre si, as duas cidades

estão a mais de 1000 km de distância de seus centros regionais mais próximos, além e não possuem acesso rodoviário com o restante dos seus respectivos territórios nacionais (EUZÉBIO, 2014).

Em relação aos seus fluxos, a cidade de Tabatinga recebe voos diários, proveniente de Manaus, realizado pela empresa área Azul com quase 6 mil passageiros circulando mensalmente no aeroporto internacional da cidade, que também realiza voos das Forças Armadas, além do transporte de cargas (INFRAERO, 2020). Já o transporte fluvial constitui logística fundamental para o abastecimento do município transportando cerca de 86 mil toneladas de cargas anualmente (ANTAQ, 2018), ao mesmo tempo que possibilita a maior parcela da movimentação de passageiros, mais de 100 mil anualmente, entre a cidade e o município vizinho de Benjamin Constant e a capital Manaus. É importante destacar que parte do transporte de cargas que chega a Tabatinga tem como destino final sua cidade-gêmea colombiana.

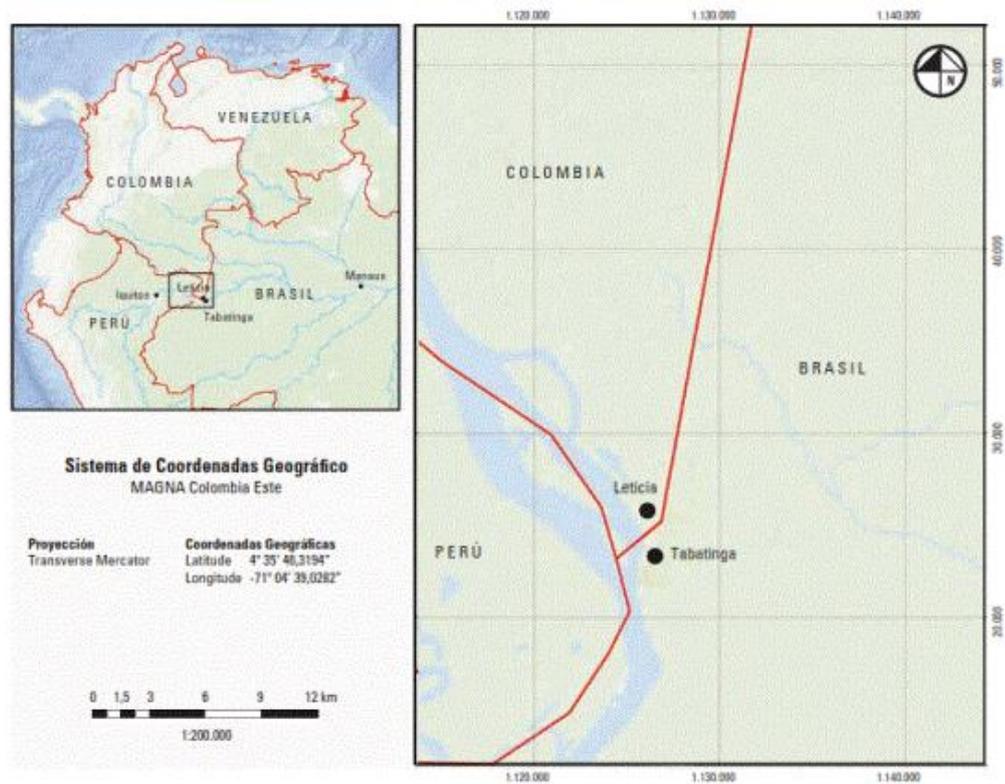
**Figura 2. Tríplíce Fronteira entre Tabatinga (Brasil), Leticia (Colômbia) e Santa Rosa (Perú).**



Fonte: Euzébio, 2014.

Por todos estes motivos, Tabatinga, apesar de estar distante geograficamente dos grandes centros urbanos do país, mantêm um fluxo de pessoas considerado e ativo, comparando-se a outras cidades do interior do estado; bem como um comportamento cultural, comercial e de trânsito constante, principalmente terrestre (motocicletas, carros e tuk-tuk), fluvial (embarcações de grandes e pequenos portes, além das canoas) e aéreo.

**Figura 3. Mapa de localização dos municípios de Tabatinga – AM e Leticia (Colômbia)**



Fonte: elaborado por Geimy Urrego y Jorge Aponte a partir de base cartográfica IGAC, S.f. 2017.

#### e. Sujeitos da pesquisa

Nesta pesquisa utilizam-se como população os profissionais e gestores de saúde como: enfermeira chefe, médico clínico geral, psicóloga, nutricionista, médico pediatra e auxiliar de enfermagem das secretarias de saúde, hospital e centros de saúde de Tabatinga e Leticia, que tiveram em atendimento na pandemia do COVID-19.

Utilizou-se como critério de inclusão: Profissionais de saúde maiores de 18 anos; que estejam atuando nos municípios no período mínimo de um ano, antes da pandemia; os critérios de exclusão: profissionais de saúde que estejam de férias e afastados por questões de saúde, que não participaram respondendo a entrevista e que não estiveram de acordo com o TCLE.

#### **f. Plano de Análise de Dados**

Após as transcrições das entrevistas a análise temática foi organizada, conforme propõe Minayo, *et al.* (2007), constando os seguintes passos: os tratamentos dos dados obtidos e interpretação, onde foram separados por categorias, analisamos por significados obtidos através de um procedimento de reflexão, inter-relacionando às referências adotadas na pesquisa.

Realizou-se uma análise das narrativas dos profissionais que foram transcritas depois das entrevistas realizadas de forma individual em cada um dos profissionais de saúde, de acordo com o agendamento do tempo livre que tiveram dos seus trabalhos e assim coletamos as informações necessárias para os resultados da investigação.

#### **g. Aspectos éticos e legais da Pesquisa**

Esta pesquisa apresentada está vinculada a “pesquisa guarda-chuva” intitulado “Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas”.

A pesquisa foi coordenada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), Fiocruz Amazônia, sendo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). Esta pesquisa foi submetida e aprovada com o número de CAEE 51941321.4.0000.5020, pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Assim, esta pesquisa atende aos requisitos éticos e legais conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2013). Será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE<sup>2</sup> para os participantes da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e da finalidade da pesquisa será solicitado à assinatura do TCLE.

---

<sup>2</sup> Anexo No.1 TCLE da pesquisa.

## **CAPÍTULO 1: A PANDEMIA E SEUS EFEITOS NA SOCIEDADE**

Com efeito, da mesma maneira que, segundo muitos historiadores, o século XX se iniciou apenas com a Primeira Guerra Mundial, em 1914, e que durou quatro anos até se findar, em 1918. Nesse sentido, os historiadores afirmam que o século XXI iniciou apenas com a disseminação da pandemia da COVID-19. No Brasil, a antropóloga e historiadora Lilia Schwarcz, professora da universidade de São Paulo e da Universidade de Princeton, anunciou igualmente essa tese.

O psicanalista Joel Birman (2020), no livro “O trauma na pandemia do coronavírus”, faz referência que a pandemia da COVID-19 colocou tragicamente em cena os limites a serem impostos a razão instrumental, mas não a razão científica em si. Contudo, a racionalidade científica estava sendo questionada de forma sistemática pelos negacionistas de longa data, desde a manifestação da crise ecológica que ameaça a vida do planeta há muito tempo.

Os efeitos catastróficos da pandemia da COVID-19, pelas múltiplas desconstruções que promoveu nas formas de existência individuais e coletivas de modo sistemático, implicaram a emergência histórica de um limite ostensivo e flagrante na onipotência humana de se acreditar no Deus secularizado. A pandemia atual do Coronavírus potencializou ainda mais a importância que a saúde mental já havia assumido para a saúde pública, confirmando sua posição prioritária no contexto social e histórico da atual crise sanitária internacional. Podemos até mesmo prever que essa importância estratégica será ainda mais desenvolvida num futuro próximo, pelo incremento vertiginoso do processo de precarização das condições sociais das populações no campo internacional (BIRMAN, 2020).

Contudo, é preciso lembrar ainda que a OMS enunciava repetidamente, desde 2018, que a saúde mental deveria ter destaque especial no campo da saúde coletiva e em escala internacional, pois a depressão foi considerada, desde então, o maior problema de saúde pública, do estrito ponto de vista epidemiológico. Com efeito a depressão já se destacava pelas suas altas taxas de incidência e de prevalência na população mundial, ocupando a indiscutível primeira posição entre todas as demais enfermidades (BIRMAN, 2020).

De acordo com as pesquisas realizadas pode se encontrar que vários pesquisadores não encontram uma linha contínua de coerência para a atenção a saúde mental, somente tem teorias importantes que ainda não estão na prática das consequências que a pessoa tem por causa de uma Pandemia, ainda estamos novos em dar com o caminho certo, pois é modificada por as culturas e populações que muitas vezes só encontram obstáculos para procurar a solução e a falta de investimento dos governos também e um déficit para avançar na atuação da demanda

das enfermidades em saúde mental que afeta cada dia mais as populações mais distantes das grandes cidades e que são de ribeirinha, indígenas e de fronteira.

### **A Pandemia de COVID-19 e seus Efeitos na Fronteira**

A organização de saúde do município consiste em 21 (vinte e uma) Equipes de saúde da família, sendo 18 (dezoito), urbanas 3 (três) rurais e 3 (três), indígenas 8 Unidades Básicas de Saúde; 1 UBS fluvial e 3 Polos Base de Saúde Indígena.

O primeiro caso no Amazonas, e o primeiro da Região Norte do país, foi confirmado no dia 13 de março de 2020. A paciente diagnosticada havia voltado de uma viagem realizada para Londres. A partir desse momento o governo estadual informou que estaria monitorando o Aeroporto Internacional de Manaus e recomendou a suspensão de eventos e aglomerações de pessoas.

No dia 17 de março de 2020, o estado do Amazonas publicou decreto adotando a suspensão de eventos com mais de 100 pessoas e de aulas da rede estadual para a região metropolitana e algumas cidades do interior, incluindo Tabatinga, pela sua característica fronteiriça.

A vizinha Colômbia confirmou o primeiro caso de COVID-19 no dia 6 de março, diagnosticado em uma estudante que havia visitado a Itália. No dia 12 de março, o Ministério da Saúde do país declarou estado de Emergência Sanitária (MIRANDA, 2020).

A primeira morte confirmada na Colômbia ocorreu no dia 21 de março de 2020. A vítima era um taxista de 58 anos de idade que havia transportado turistas italianos. Dois dias depois da primeira vítima fatal, o presidente colombiano, Ivan Duque, publicou decreto suspendendo por um mês os voos internacionais. As ações de combate e prevenção à chegada do vírus na primeira fase foram articuladas pela Secretaria de Saúde do município de Leticia, junto à gestão municipal.

No dia 13 de março de 2020, com o Decreto nº 033 e o nº 035, de 17 de março de 2020, a saúde pública do município de Leticia declara estado de alerta, para o isolamento preventivo, voluntário e pedagógico em cada uma das residências do município, documento emitido pela Prefeitura de Leticia, pouco mais de um mês após a Organização Mundial de Saúde declarar uma nova pandemia, exatamente trinta dias após o primeiro caso confirmado na cidade de Manaus, capital do Amazonas - Brasil.

O departamento do Amazonas na Colômbia publicou o Decreto n.º 084 no dia 20 de março, convocando os cidadãos a adotarem o isolamento preventivo, voluntário e pedagógico por um período de dois dias (AMAZONAS-CO, 2020). Outra medida anunciada pelo Departamento do Amazonas foi à instalação especial de saúde com 40 leitos para atender pacientes diagnosticados com COVID-19.

Segundo o Ministério da Saúde colombiano, até o dia 26 de abril, o país já havia confirmado 5.379 casos de COVID-19 com 244 mortes. Do total de infectados, 40 estão no departamento do Amazonas, todos em Leticia (MIRANDA, 2020). Enquanto isso, Tabatinga apresenta uma Unidade de Pronto Atendimento 24hs, a Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, Unidades Básicas de Saúde – UBS/SEMSA, Laboratório de Fronteira, unidades de atendimento à população indígena e serviços para doenças infectocontagiosas. Contudo, há escassez de profissionais especialistas em áreas como neurologia, ortopedia e dermatologia, casos que requerem esse tipo de atenção são encaminhados para Manaus, para continuidade do atendimento (TEIXEIRA; DA SILVA; LIMA; SCHWEICKARDT; DE SOUSA, 2019).

Entretanto, quando um sistema de saúde, fundamenta-se na cobertura universal, como é o caso da Colômbia, o que se observa é uma “cidadania residual”, em que há necessidade de associação do cidadão à algum seguro ou pacote de serviços, que normalmente se adequa a sua condição financeira. Ou seja, o que determina o acesso do cidadão não é sua necessidade, mas o quanto ele pode pagar pela saúde. Nesse tipo de configuração, o que ocorre é o desenvolvimento das especialidades médicas, uma vez que o lucro é diretamente proporcional à complexidade dos casos assistidos. Já quando se tem a universalidade do sistema, a ideia é que a atenção básica seja eficaz, fornecendo acesso aos serviços e a promoção de saúde, consequentemente evitando que a condição de saúde do usuário se agrave (TEIXEIRA, *et al.*, 2019).

Na Colômbia, durante a década de 1990, houve a criação da Lei nº 100, que integrou o sistema de saúde colombiano ao Sistema Geral de Seguridade Social (SGSS)<sup>1</sup>. Essa legislação definiu a saúde como serviço público, de responsabilidade do Estado, com a provisão dos serviços de saúde através das empresas privadas. Boletins Governamentais demonstram que 92,4% da população de centros populacionais (MINISTÉRIO DE SAÚDE DA COLÔMBIA), como Leticia, está afiliada ao SGSS, contudo Salazar; Gallego e Usme mencionam que o acesso a saúde sempre foi um desafio histórico para o sistema (ÁLVAREZ; GARCÍA e LONDOÑO, 2017).

## **As epidemias e pandemias na Fronteira: malária, cólera e dengue**

A região já foi palco de epidemias que preocuparam os sistemas de saúde e de vigilância dos países da tríplice fronteira. Houve episódios de cólera, malária e dengue que mobilizou os países em realizar ações conjuntas e de cooperação para combater as epidemias. Isso constituiu um aprendizado para a pandemia de COVID-19, mas trouxe novos desafios devido à permanência da doença, assim como a condição dos serviços ofertados pelos países.

Segundo uma pesquisa realizada pela *Câmara de Comercio* de Letícia (2018), evidenciou que o evento mais frequente nos últimos anos foi à malária, doença que apresenta alta incidência, pois o município é endêmico para essa doença. Vários aspectos que incorrem na ocorrência desta doença devem ser considerados. Uma delas é o deslocamento da população indígena para a selva onde existem criadouros naturais; a prática das comunidades de lavar e tomar banho nos horários em que o vetor está ativo, deixando expostos à doença; o clima tropical da região amazônica que favorece a proliferação de vetores; as casas dos indígenas são descobertas, sendo que a maioria dorme sem mosquiteiros, sendo que o clima tropical é mais vulnerável para que as pessoas possam ser picadas pelo mosquito da malária, e falta de ter uma organização na saúde e limpeza para fiscalizar água parada, isso não contribui a diminuir a proliferação da doença.

A ocorrência de malária está quase que circunscrita à Região Amazônica, de onde se originam 99% dos casos registrados no país. Após o sucesso inicial do programa de controle da malária, chegando-se ao nível mínimo de detecção de casos no ano de 1969, com apenas 52.469 casos notificados, o número de casos voltou a crescer de forma intensa, em decorrência do processo de colonização e ocupação da Amazônia, chegando a picos com mais de 600 mil casos em 1999, 2000 e 2004. A partir de 2004 observa-se tendência sustentada de redução no número de casos. Em 2009, cerca de 330 mil casos foram confirmados, e em 2012 um pouco mais de 240 mil. A descentralização do programa ampliou o acesso ao diagnóstico e tratamento (Luna, e Silva 2013).

A utilização de esquemas terapêuticos padronizados garantiu a manutenção de baixos níveis de resistência dos parasitas ao tratamento. Em 2006, após a observação do aumento da proporção de casos pelo *Plasmodium falciparum*, que chegou naquele ano a 26,3%, foi feita uma mudança no esquema terapêutico em uso, com a introdução de derivados da artemisina. A proporção de casos por *P. falciparum* caiu para 15% em 2008 e 16% em 2009. A letalidade é baixa e decrescente, mantendo-se inferior a 1%. A ocorrência de malária na região Amazônica é influenciada pelo processo desordenado de urbanização e ocupação, bem como aos

movimentos de valorização cíclica de atividades extrativistas e de mineração, e às oscilações no grau de prioridade conferido ao problema pelos sistemas locais de saúde (TAUIL, 2010; BRASIL, 2013).

Nas últimas três décadas, observou-se redução importante na mortalidade por diarreias, por doenças preveníveis por vacinação, e por infecções respiratórias em crianças. A taxa de mortalidade por tuberculose reduziu-se em 33,3%, entre 1990 e 2012, de 3,6 para 2,4 por 100.000 hab. O número de óbitos devido à malária também se reduziu de forma importante, nesse mesmo período, de 927 para 58, um decréscimo de 93,7%. A doença de Chagas, que produzia cerca de 100.000 casos novos por ano, na década de 1970, teve sua transmissão pelo principal vetor, o *T. infestans*, interrompida em 2006, emergindo, nos anos recentes, como doença de transmissão por alimentos, principalmente na Região Norte. Nesse período, a AIDS passa a ocupar o posto de principal causa de mortalidade entre as doenças infecciosas, com cerca de 12.000 óbitos, nos anos recentes. A dengue também passa a registrar óbitos com mais frequência a partir do final dos anos 1990 e início dos anos 2000, em decorrência da circulação sucessiva de distintos sorotipos. Mesmo com essa situação, e na emergência de circulação de um novo sorotipo, o DENV 4, a partir de 2011, observa-se uma redução no número de casos graves e óbitos (BRASIL, 2012 e 2013).

Em relação à cólera, a sétima pandemia chegou à América do Sul pela costa peruana, no início de 1991. Encontrando condições favoráveis a sua disseminação. A doença rapidamente chegou a quase todos os países do subcontinente. No Brasil, os primeiros casos foram detectados em agosto do mesmo ano, na região do Alto Solimões, estado do Amazonas, no tríplice fronteira entre o Brasil, Peru e Colômbia. Seguiu-se uma rápida disseminação da doença, principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste, e com reduzidas dimensões nas regiões Sudeste e Centro Oeste. O pico da epidemia no Brasil foi em 1993, quando foram confirmados mais de 60 mil casos e 670 óbitos. Os estados mais atingidos foram o Ceará e Pernambuco (BARBOSA DA SILVA Jr., 2009). Em 1999, ocorreu um surto na região Sul, única região até então poupada pela epidemia, com cerca de 500 casos na cidade portuária de Paranaguá, estado do Paraná, relacionado ao consumo de frutos do mar, e que foi rapidamente controlada (PASSOS, 1999). No Nordeste, o número de casos reduziu-se gradativamente, e em 2001 registraram-se os últimos casos da doença. Em 2004 e 2005 ocorreram surtos, de pequenas proporções, em um município do interior do estado de Pernambuco.

A dengue foi detectada no Brasil pela primeira vez em época recente, com um surto na cidade de Boa Vista, capital do então território federal de Roraima, entre 1981 e 1982, durante a qual foram isolados os vírus DENV1 e DENV4 (OSANAI, *et al.*, 1983). A situação de relativo

isolamento daquele território do restante do país, à época, contribuiu para que não tenha ocorrido a disseminação para outras regiões do Brasil.

Pouco tempo depois, a dengue emergiu no Rio de Janeiro, em 1986, naquela que posteriormente se configuraria enquanto a primeira onda epidêmica no país. A epidemia de 1986-87, cujo agente etiológico foi o DENV1, teve o seu epicentro na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, e atingiu também algumas capitais nordestinas, como Fortaleza, Maceió e Recife. Entre 1990 e 1991 observa-se a segunda onda epidêmica no país, pela introdução do DEN2, outra vez no Rio de Janeiro, com disseminação para as capitais nordestinas e para outros estados das regiões sudeste e centro-oeste.

A partir de 1994 a incidência volta a crescer, atingindo o pico em 1998, e configurando a terceira onda epidêmica no Brasil, com a transmissão do DENV1 e do DENV2 (BRASIL, 2008). Em 2000 foi detectada a introdução do DENV3. Nesse mesmo ano o número de casos volta a crescer, atingindo um pico dois anos depois, na quarta onda epidêmica, que se caracteriza por um volume de casos muito maior que nas ondas anteriores, pela ampliação geográfica da transmissão, pela redução da faixa etária e aumento da ocorrência de casos graves e fatais (BRASIL, 2013; TEIXEIRA, *et al.*, 2005). Observou-se um novo aumento no número de casos a partir de 2005, configurando-se no período 2005-2008 a quinta onda epidêmica no país. Em 2010, observou-se um novo pico epidêmico, o maior até o momento, com o registro de cerca de 1 milhão de casos, e a confirmação da circulação do DENV 4. Atualmente, verifica-se a circulação simultânea dos quatro sorotipos (BRASIL, 2013).

A dengue tornou-se endêmica no Brasil e cursa com picos sazonais e ciclos epidêmicos. A transmissão, embora mais intensa no verão, pode ocorrer durante todo o ano, em especial nas regiões de clima quente e úmido. A configuração dos picos sazonais é determinada pela ocorrência de epidemias localizadas e periódicas, que atingem diferentes regiões geográficas, estados e cidades, podendo voltar a ocorrer em uma mesma população quando se introduz um novo sorotipo ou depois de um período de tempo longo o suficiente para produzir um agrupamento importante de suscetíveis pelo acúmulo das coortes dos nascidos após a primeira epidemia (LUNA; E SILVA, 2013).

Segundo Schweickardt, *et al.* (2017), a “história não fica presa no relato do passado, mas procura trazer as questões para o debate do presente, ou seja, a análise do passado interessa para o entendimento dos problemas do presente”. Os acontecimentos “e suas condições de existência não se esgotam na sua ocorrência, mas seguem gerando efeitos e se constituem como possibilidade por meio de redes de fatores que não se esvaziam num ponto da trajetória”. Portanto, falar dos acontecimentos anteriores significa que podemos avaliar a situação atual a

partir dos efeitos e das memórias sobre o passado, pois a fronteira, as pessoas, os fluxos continuam os seus caminhos e suas contradições.

### **COVID-19 e as estratégias de enfrentamento na fronteira**

Normalmente os textos sobre a COVID-19 trazem gráficos, tabelas, descrições de números e estatísticas, mas muito pouco sobre a vida das pessoas, suas lutas e seus dilemas. Em especial, pouco sabemos sobre os trabalhadores e gestores, sobre as decisões para os momentos difíceis, os dilemas e as horas pensando no que fazer diante do caos. Não pretendemos contar todas as histórias, pois fugiria do objetivo inicial desse texto e também porque uma história toda nem seria possível, pois são muitas e contadas por diferentes atores. No entanto, fica a aposta em registrarmos o “diário da peste”, não como ficção, mas como vivências e ações que se efetivaram nos territórios (SCHWEICKARDT; VERÇOSA; FERREIRA; DUQUE E LIMA, 2022).

Outro aspecto que influencia a situação de saúde na fronteira é a acessibilidade geográfica aos serviços disponíveis, em especial o acesso das populações rurais fronteiriças aos respectivos centros municipais, onde se concentram os recursos de saúde, e destes a outros centros de saúde. A metade dos municípios da Faixa de Fronteira tem menos de 10.000 habitantes e muitos estão localizados em regiões remotas sem transporte rápido, de alto custo. Assim, a questão da acessibilidade é central no investimento dos estados para a inclusão de boa parte da população da fronteira (PEITER, 2007). Essas situações afetaram as condições de acesso aos serviços de saúde.

Na região da Tríplice Fronteira Amazônica, houve uma diminuição progressiva no número de casos de COVID-19 desde abril de 2021, principalmente atribuída à priorização da vacinação em cidades e vilas fronteiriças estabelecidas pelos governos do Brasil, Colômbia e Peru. Foi criado um bloqueio epidemiológico na região, após confirmação da presença da variante P1. Desse modo, foi estabelecido um acordo de trabalho entre os três países do Brasil, Colômbia e Peru, no qual estabelecem a imunização da população no tríplice fronteira com a meta de vacinar mais de 70% da população.

As ações de combate e prevenção à chegada do vírus na primeira fase foram articuladas pela Secretaria de Saúde do município de Tabatinga e DSEI-ARS, junto a todos os órgãos do município. Durante a pandemia, a Unidade Hospitalar de Tabatinga - UHT foi à referência para os casos de COVID-19, e o Hospital de Guarnição de Tabatinga - HGUT atendia os casos mais

graves e a partir daí as remoções para capital Manaus ou outro estado da federação via informações do SISTER, passou a ser a referência para as internações graves de pacientes que necessitavam de respiração mecânica (SCHWEICKARDT; VERÇOSA; FERREIRA; DUQUE E LIMA, 2022).

Vale ressaltar que a região da Tríplice Fronteira Amazônica foi significativamente impactada pela COVID-19, desde o início da pandemia, produzindo uma emergência sanitária, econômica e social sem precedentes. No final de 2020, estudos de zero prevalência realizados nas principais cidades amazônicas mostraram que cerca de 70% da população já havia contraído o vírus e os governos locais concentraram seus esforços na implementação de planos de recuperação econômica e social.

Um segundo pico de infecções ocorreu durante os meses de janeiro e março de 2021, o que levou ao colapso da rede de atendimento hospitalar público e privado no Estado do Amazonas - Brasil. O governo colombiano, como ação preventiva, promoveu o fechamento do aeroporto de Leticia a partir de 29 de janeiro de 2021, voltando a operar em 1º de maio; isso restringiu a mobilidade de passageiros para aquela cidade, após a confirmação do primeiro caso da variante P1, na cidade fronteiriça de Tabatinga – Brasil.

Segundo o autor Schweickardt, *et al.* (2022), ressalta-se a importância da criação de Gestão Integrada de Fronteira- GGIFRON, como um meio de articulação com as regiões fronteiriças à Tabatinga, Peru e Colômbia. Contudo, as ações executadas de enfrentamento e mitigação à COVID-19 não foram suficientes para impedir que o vírus se espalhasse. Na Segunda onda da pandemia foi necessária a criação de novas intervenções e estratégias para evitar a maior disseminação do vírus na região de fronteira, bem como suportar a alta demanda de casos identificados e óbitos.

Mesmo com as estratégias de barreiras sanitárias adotadas pelas instituições e as práticas tradicionais dos indígenas aldeados que vivem nas proximidades da cidade, percebemos que os índices de contaminação e proliferação do vírus nas aldeias foram expressivos. O que ocorreu em boa parte do mundo, no entanto, as especificidades e protocolos direcionados para contenção do vírus, muitas vezes não se adequavam a realidade de grupos, pessoas, nações, lugares e povos, realidades culturais, socioeconômicas, modos de vida e de se relacionar. O “fica em casa” não foi uma realidade para muitos, atravessando as necessidades de isolamento social, quarentenas, distanciamento, entre outras medidas de controle dessa doença devastadora (SCHWEICKARDT; VERÇOSA; FERREIRA; DUQUE E LIMA, 2022).

No momento que chegam os testes rápidos, algo que não aconteceu no início da pandemia devido à novidade e à falta desses testes, foi possível acompanhar o desenvolvimento

dos casos nos territórios. No entanto, os testes de PCR eram enviados para o Laboratório Central - LACEN em Manaus, o que demorava de 60 a 90 dias para o resultado, impedindo uma ação mais rápida. Isso mudou quando a Fiocruz, Fundação de Vigilância em Saúde - FVS e o Estado instalaram um equipamento para a realização de PCR no Laboratório de Fronteira, tendo o resultado em poucas horas. Houve uma colaboração entre Brasil e Colômbia que doaram Equipamentos de Proteção Individual - EPI e o Brasil fez doação de testes rápidos. Já as trocas com o Peru foram mais no sentido de ajudar o país com os casos graves, na testagem e vacinação. Apesar de que o Peru comprou vacina antes do Brasil e, portanto, iniciou a vacinação antes (SCHWEICKARDT; VERÇOSA; FERREIRA; DUQUE E LIMA, 2022).

Embora os casos de COVID-19 tenham diminuído progressivamente na Tríplice Fronteira Amazônica, é importante destacar a falta de exames diagnósticos em comunidades indígenas que vivem em áreas rurais e dispersas, gerando uma subnotificação e a falta de atenção à saúde nessas áreas gera maior vulnerabilidade dessas populações ao contrair o COVID-19. Um indígena que mora fora de um município da capital da Amazônia tem 2,4 vezes mais possibilidades de morrer de COVID-19 do que uma pessoa não indígena no resto da Colômbia, independentemente de sexo e idade (LUNA; e SILVA, 2013).

A pandemia do novo coronavírus pode impactar a saúde mental e o bem-estar psicológico também devido a mudanças nas rotinas e nas relações familiares (CLUVER, *et al.*, 2020; ORNELL, *et al.*, 2020). Em 23 de março de 2020, o Fundo das Nações Unidas para a Infância divulgou que aproximadamente 95% das crianças e dos adolescentes matriculados nos sistemas de ensino da América Latina e do Caribe estavam temporariamente sem frequentar a escola em razão da COVID-19. A perspectiva era de que as escolas permanecessem fechadas por mais algumas semanas, podendo aumentar o risco de ocorrência de problemas de ensino-aprendizagem e evasão escolar, bem como reduzir o acesso à alimentação, água, práticas de higiene pessoal e programas recreacionais, sobretudo nas comunidades em situação de vulnerabilidade socioeconômica (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2020).

Ademais, evidências têm revelado que há maior risco de crianças e adolescentes sofrerem violência quando escolas são fechadas devido a emergências de saúde (ROTHER; GALLINETTI; LAGAAY & CAMPBELL, 2015). Para mães, pais e demais cuidadores, o fato de estarem trabalhando remotamente ou mesmo impossibilitados de trabalhar, sem previsão sobre o tempo de duração dessa situação, tende a gerar estresse e medo, inclusive quanto às condições para a subsistência da família, reduzindo a capacidade de tolerância e aumentando o risco de violência contra crianças e adolescentes (CLUVER, *et al.*, 2020).

Para além das intervenções imediatas, a literatura científica alerta para a necessidade de estratégias de longo prazo que visem a fornecer auxílio especializado durante a vivência do luto de forma que ele não ultrapasse a barreira natural e torne-se um processo patológico. Essas ações têm relevância substancial, pois diversos estudos já descrevem que, após a pandemia, possivelmente muitas pessoas serão acometidas por problemas de ordem mental, tais como depressão e distúrbios psicológicos em decorrência da não ressignificação do processo de morte de seu ente querido. A OMS alerta para a crise global de saúde mental devido à pandemia da covid-19, na qual cerca de 40 % do total de familiares de pessoas acometidas pela doença pode desenvolver transtornos pós-traumáticos. A fim de minimizar esses impactos em longo prazo, é possível que, desde já, sejam traçadas estratégias que permitam a vivência do luto (ESTRELA, *et al.*, 2020).

Nesse ínterim, a literatura científica ratifica que as estratégias de longo prazo ajudarão pessoas enlutadas pela morte de familiares pela covid-19 a lidarem com a sobrecarga emocional. Nos estudos consultados, constatou-se que os familiares que perderam entes queridos pela covid-19, sem condições de despedida, apresentaram alterações na saúde psicológica, entre elas o humor depressivo, o transtorno de estresse pós-traumático, a preocupação exagerada, a angústia, a dificuldade em aceitar a morte e o desinteresse pela vida (ESTRELA, *et al.*, 2020).

Ademais, é possível que profissionais da saúde realizaram-se grande esforço para garantir os equipamentos de proteção individual e insumos, descuidando dos aspectos emocionais e psicológicos. Assim, segundo Chen, *et al.* (2020) é importante que psicólogos, que atuam em hospitais e outros serviços de saúde, realizem visitas à área de descanso para escutar os desafios vivenciados pelos profissionais e acolhê-los, ou mesmo para sensibilizá-los ou estimulá-los a buscar auxílio psicológico, se necessário.

Por conta da COVID-19, a OPS e OMS (2020) estabeleceram a entrada de missões humanitárias para treinamentos e oficinas de vigilância em saúde pública de base comunitária para desenvolver ações de primeiros socorros psicológicos e comunicação de risco. O objetivo foi de proporcionar à população as habilidades para o atendimento de emergências, proteção de saúde mental e o desenvolvimento de uma pedagogia de prevenção ao COVID-19 com adaptação cultural.

Nos diferentes artigos de acordo com a revisão bibliográfica, é possível fundamentar que a pandemia é só uma parte dos problemas dos países da Colômbia e Brasil em fronteira. A emergência se refere à oferta de serviços básicos em saúde, mas também em atender as necessidades decorrentes da pobreza e das condições socioeconômicas. Além disso, como

incluir as ações de saúde mental no cuidado dessas populações de que vivem na fronteira e convivem com outras situações de saúde e de desproteção social, que foram agravadas pela Pandemia da COVID-19.

A pandemia do coronavírus tem causado desequilíbrios mentais nos profissionais de saúde devido à complexidade do atendimento ao usuário, aos processos fisiopatológicos desconhecidos que causaram incertezas, à preocupação e aos estresses contínuos que surgem de situações desconhecidas, nas quais vivenciam emoções disfuncionais. Esses profissionais vivenciaram situações estressantes que desencadeiam estados disfuncionais como ansiedade, medo e cansaço mental como consequência das situações incertas a enfrentar relacionadas ao COVID-19; esses problemas afetaram negativamente sua vida profissional, interpessoal e social (AREVALO; VILLARREAL; ALVARADO; MONTORO & BENAVIDES, 2022).

## **CAPÍTULO 2: A SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA FRONTEIRA**

### **A Saúde Mental em Tempos de Pandemia**

O quadro epidemiológico da pandemia no Brasil põe em relevo problemas sociais, há muito denunciados pelos movimentos sociais e pelo campo de estudos e pesquisas em psicologia social. No caso brasileiro, a pandemia reproduz a desigualdade social resultante de processos e dinâmicas de colonialidade e segregação racial (SCHWEICKARDT, *et al.*, 2022b). Não por acaso, hoje, o maior número de casos e as maiores taxas de letalidade são registradas entre as populações negras, nas diferentes regiões do nosso país (MEDRANO; CARDOSO; HÜNING; GUAZELLI; VILELA; IÑIGUEZ; CHAVES E PRIOLI, 2020).

No Sistema de Saúde do Brasil o acesso é uma categoria complexa, mas uma categoria incontestável na construção de um sistema baseado no direito à saúde (HORTALE, *et al.*, 2000; JESUS; ASSIS, 2010; SANCHEZ E CICONELLI, 2012). O acesso possui um conjunto de características interligadas e interdependentes que objetivam uma universalidade concreta alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular (JESUS; ASSIS, 2010). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde o acesso universal e a cobertura universal da saúde exigem a determinação e implementação de políticas e ações com uma abordagem multisetorial nos determinantes sociais da saúde buscando promover um compromisso de toda a sociedade para fomentar a saúde e o bem-estar (OPAS, 2018).

As estratégias utilizadas no enfrentamento da Pandemia do COVID-19, em especial as intervenções psicológicas, ocorreram, em diferentes países, de modo online, por ligações telefônicas (CHEN, *et al.*, 2020; LI, *et al.*, 2020b), assim como cartilhas e outros materiais informativos (ZHOU, 2020). Frente aos indicativos de implicações psicológicas negativas a profissionais da saúde diante da pandemia do novo coronavírus (ZHANG, *et al.*, 2020), a sugestão no início da pandemia, é que essas intervenções fossem precoces (BANERJEE, 2020), incluindo aqueles que não estão na linha de frente, os quais podem reportar culpa, raiva, frustração e tristeza (BROOKS, *et al.*, 2020).

Para estruturar um plano de cuidado amplo, recomenda-se a inclusão de ações em níveis de apoio complementares integrados, como na imagem abaixo, representada pela pirâmide de intervenções do IASC (ver. Figura 1), variando desde estratégias amplas de intervenção com a

população em geral, até a garantia de cuidados especializados para pessoas em severas condições (DÉBORA; DAMASIO E MACHADO, 2020).

**Figura 4: pirâmide de intervenções em saúde mental em apoio psicossocial**



Fonte: Grupo de referência IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias (17/03/20)

As estratégias de acordo com as fases da pandemia. Nesse sentido, propõe-se o esquema abaixo, para auxiliar na compreensão das demandas e estratégias de intervenção conforme as fases “antes”, “durante” e “depois” da pandemia.

No quadro há sugestões de cuidado, levando-se em consideração os possíveis impactos na população - coluna esquerda - e as recomendações aos gestores para ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial - SMAPS. Dentro das intervenções em saúde mental, podemos evidenciar as seguintes fases da pandemia e os impactos na população antes, durante e depois em comparação das recomendações aos Gestores para Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial - SMAPS:

- A. **ANTES:** Fases da pandemia e os impactos da população: Sensação de inevitabilidade com alto grau de tensão na população; Supervalorização ou subvalorização (negação) da possível pandemia; Ansiedade, tensão, insegurança e vigilância obsessiva dos sintomas da doença. Recomendações aos Gestores para Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS): Recrutamento e capacitação de equipes com experiência em atenção psicossocial e saúde mental; Preparação de grupos de apoio emocional e psicológico com apoio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs); Proteção preventiva para toda a população: distanciamento social, isolamento social voluntário ou quarentena, caso seja necessário; Organização da rede de atenção psicossocial adaptada à pandemia; Formação de equipes para dar suporte aos profissionais e pacientes, com o componente SMAPS.

- B. DURANTE:** Fases da pandemia e os impactos da população: Medo, sentimentos de solidão e vulnerabilidade; Estado de letargia ou agitação desordenada; Condutas extremas e supervalorizadas que podem oscilar entre: heroicas ou mesquinhas; violentas ou passivas; solidárias ou egoístas; Adaptação a mudanças nos padrões habituais de vida: restrições de movimentos, uso de máscaras, redução nos contatos físicos diretos, fechamento de escolas, igrejas, cultos, etc.; Crises emocionais e de pânico, reações coletivas de agitação, descompensação de transtornos psíquicos preexistentes, transtornos psicossomáticos; Aumento da violência doméstica e tentativas de suicídio; Dificuldade na elaboração do luto; Sobrecarga de trabalho para trabalhadoras, mães, cuidadoras de idosos; Estigmatização de pessoas suspeitas e confirmadas para COVID-19; Estigmatização das equipes de saúde. Recomendações aos Gestores para Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS): Sensibilização e informação sobre a SMAPS durante a pandemia COVID-19; Apoio às ações fundamentais de detecção precoce, notificação, atenção, controle da propagação e identificação dos sofrimentos psicossociais agudos mais recorrentes; Informação e orientação sobre: o que está ocorrendo, ações desenvolvidas e o que as pessoas devem fazer; Garantia das necessidades básicas para o enfrentamento da pandemia, como: renda básica, alimentação, condições adequadas de moradia, acesso à água, saneamento e itens de higiene e limpeza; Manutenção dos serviços públicos essenciais para a atenção, cuidado, promoção da dignidade e garantia de subsistência; Apoio e atenção psicossocial on-line ou presencial, considerando a urgência e os regulamentos de biossegurança, de acordo com os diferentes grupos e demandas; Promover mecanismos de cuidado entre pares, suas redes socioafetivas e suporte comunitário; Favorecer a construção de redes solidárias; Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) oferecido por todos os profissionais da linha de frente ao cuidado, em especial, às famílias afetadas diretamente; Acolhimento e garantia de atenção psicossocial para situações emergenciais, como: crise psicótica, tentativa suicídio, entre outras; Serviços especializados voltados para o cuidado específico de pessoas infectadas, como garantia da presença de psicólogos nos hospitais de referência à COVID-19; Garantia de monitoramento do risco psicológico de pacientes suspeitos ou confirmados que estejam em isolamento domiciliar; Garantia de apoio psicossocial em rede para funerais seguros e cuidado das famílias em luto; Promover cuidados psicossociais e de saúde.
- C. DEPOIS:** Fases da pandemia e os impactos da população: Medo de uma nova pandemia; Comportamentos agressivos e de protesto contra autoridades e instituições; Quando a primeira fase da pandemia não recebe um suporte adequado, pode-se encontrar um grande número de pessoas com: depressão, lutos patológicos, estresse pós-traumático, consumo excessivo de álcool e de outras drogas, comportamento violento, entre outros; Começa um processo lento e progressivo de recuperação; Dificuldade em retomar rotinas e atividades laborais; Reenquadramento dos projetos de vida. Recomendações aos Gestores para Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS): Investir em estratégias qualificadas de comunicação social que favoreça a recuperação; Capacitação e supervisão para as equipes que trabalham na fase de recuperação; Implementação das ações específicas SMAPS na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte de um plano de recuperação psicossocial de médio prazo (6 meses, no mínimo); Atenção à saúde mental dos membros das equipes

que trabalharam na linha de frente da fase de resposta, particularmente àqueles que trabalharam junto aos casos mais graves; Fortalecer as ações e projetos sociais que promovam a vida; Consolidar a coordenação interinstitucional e a participação comunitária na tomada de decisões; Monitorar e avaliar experiências e as lições aprendidas (DÉBORA; DAMASIO E MACHADO, 2020).

Os impactos na saúde mental decorrentes de tão elevado nível de estresse durante eventos epidêmicos podem comprometer a atenção e a capacidade de decisão dos trabalhadores, o que afeta não somente a luta contra a COVID-19, mas também pode ter um efeito duradouro no bem-estar geral dos profissionais para além do período do surto (KANG, *et al.*, 2020). Além do risco da infecção, os profissionais enfrentam decisões muito difíceis na triagem dos pacientes e escolhas terapêuticas, experimentam processo de luto derivado das perdas sucessivas de pacientes e colegas. Ademais, receiam a possibilidade de transmitir a doença para familiares.

A Organização das Nações Unidas (2020) adverte que garantir a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde é um fator crítico nas ações de preparação, resposta e recuperação da COVID-19. Assim, é preciso orientar esses trabalhadores, apresentar-lhes informações que promovam o autocuidado, mesmo no contexto de tão grave estresse. Isso, englobando aqueles que atuam na assistência direta – como fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos – mas também os que atuam no suporte – vigilância, conservação, administração, pesquisadores e mesmo serviço funerário.

### **As práticas dos profissionais no enfrentamento da pandemia**

Os seguintes resultados descritivos da pesquisa com os trabalhadores da saúde apresenta como o sistema de saúde pública na fronteira entre os municípios de Leticia (Colômbia) e Tabatinga (Brasil), está longe de ser aplicável como está na teoria, nas pesquisas, que as estratégias de afrontamento em saúde mental para os profissionais de saúde e os pacientes foram de desproteção e de insegurança no momento que estavam em sofrimento de salvamento de vidas e no atendimento da COVID-19. O território não tinha as condições de atendimento de emergência para os pacientes com COVID-19, neste caso para os médicos era difícil dar um diagnóstico se de fato não tinha provas para a recolecção da amostra a atingir de maneira imediata, pois isso foi de intuição e de procurar outras estratégias para conhecer se a pessoa tinha o vírus, e foi com a opção de fazer radiografia a os pacientes que presentavam falta de

respiração e afogamento pra respirar, assim são descritos os resultados da pesquisa de os profissionais de saúde na fronteira que foi reconhecida por ter o maior número de óbitos em média das outras cidades capitais dos países de Brasil e Colômbia.

O colapso na saúde do estado do Amazonas de Brasil e Colômbia, causado pela grande quantidade de infectados por COVID-19, nos municípios de Leticia e Tabatinga, que também apresentam uma sobrecarga no sistema de saúde municipal, frequentemente anunciado pela mídia. Tanto a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quanto o Hospital de Guarnição do Exército em Tabatinga, é como o Hospital San Rafael e Clínica de Leticia, os municípios anunciaram que estão trabalhando com capacidade máxima nos atendimentos que somam os casos comuns mais os infectados pelo novo Coronavírus e solicitaram ajuda do Governo de cada país.

Considerando o alto número de casos de coronavirus apresentados nos municípios de Leticia e Tabatinga, na fronteira entre Colômbia e Brasil, que figuram entre os primeiros dez municípios com a maior taxa de infectados por dez mil habitantes do departamento e estado de Amazonas, pode se encontrar com os relatórios das entrevistas nos profissionais de saúde que na realidade não tiveram estratégias estabelecidas, o tempo de atendimento não podia ser possível de ser aplicada a os pacientes pelos profissionais que estavam em frente da contingencia da pandemia e que também deveriam ter o acompanhamento dos psicólogos e assistentes sociais e apoio com agentes das secretarias de saúde de cada município de Leticia e Brasil, mais isso não existiu, isto foi por uma razão muito importante e que se tinha um alto índice de casos de coronavírus maior do esperado pelo número de habitantes de cada município de fronteira.

De acordo com as estratégias de afrontamento em saúde mental por parte dos profissionais de saúde, uma das perguntas foi: Quais são as abordagens psicológicas que utilizou para trabalhar durante a pandemia da COVID-19 com a população no Amazonas? Temos respostas como estas nos relatórios:

“Nenhum, desconheço o assunto e por isso não o apliquei, mas o certo é que por intuição e conhecimentos básicos procurei apoiar as famílias e dar-lhes apoio moral e rezar com elas e pela sua recuperação, além disso, tentamos transferir pacientes graves para Bogotá porque não tínhamos leitos suficientes para atendê-los ou interná-los na UTI” (Enfermeira Chefe).

Outras respostas em relação às abordagens em saúde mental, de uma profissional em psicologia que trabalha em Leticia:

“Na abordagem na época da pandemia foi realmente difícil, mas tive que ser criativo para dar um jeito de resolver como aquela pessoa que estava do outro lado do telefone com uma comunicação entre cortada, barulhenta, com uma péssima internet e a ligação caíram muitas vezes, e novamente tentava até conseguir terminar com o tempo de atenção, admiro muito por mim, mas com muita culpa, porque não é verdade que não fui ético em muitas ocasiões. Então temos casos de pacientes com depressão, ansiedade, crises, tentativas de suicídio, estresse pós-traumático, as abordagens são as seguintes: controle de ansiedade, gerenciamento de risco, desenvolvimento na tolerância diante da incerteza, gerenciamento de crenças irracionais, prevenção de comportamentos suicídios, intervenção na redução do risco de comportamentos nocivos, enfrentamento, intervenção nas crises, fortalecimento das redes de apoio, principalmente, assim como também tive um caso de uma pessoa com incapacidade não enxergava, quem tive que atender e fiquei mais tranquila porque ela me respondeu que "o luto pela perda de um familiar não foi forte porque não consigo observar o que se passa no mundo pra mim todo e silêncio devido ao isolamento” (Psicóloga).

Os profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no município de Tabatinga, são estrangeiros da Colômbia. Atuam muitos anos na região de fronteira, sendo também afetados pela pandemia, pois tiveram que atuar sem nenhuma estratégia de enfrentamento na área da saúde mental:

“Nenhum, porque ao contrário do que se pensa, tivemos que trabalhar até infectados com covid-19, porque não havia pessoal médico suficiente para atender a todos os pacientes, que num dia normal podem atender em média 15, naquela época 60 as pessoas chegavam em pouco tempo, um único médico não dava, eu estava na sala de neonatologia e tínhamos que não permitir que os familiares entrassem para acompanhar as mulheres durante o parto ou enquanto elas estavam na cama, porque já tínhamos vários infectados, que até bebês recém-nascidos foram infectados e em que ponto poderíamos intervir na saúde mental se apenas disséssemos às mães de não tirar as máscaras” (Pediatra).

Também fizeram parte das perguntas no relatório se os profissionais exerceram alguma função de gestão na Saúde Mental durante a COVID-19? Onde e como foi a sua experiência mais significativa:

“Sim, claro, naquela época tínhamos duas psicólogas, mas elas não conseguiam acompanhar a implementação das estratégias de enfrentamento, porque eram muitos pacientes que vinham diariamente e as famílias que vinham perguntar sobre seus familiares, além que a grande maioria dos pacientes foi internada em terapia intensiva e lá, como poderíamos implementar a saúde mental?, muitos de nós já tiveram que ser transferidos para Bogotá ou entubados na UTI, os psicólogos tiveram que cuidar das

famílias, mas também tiveram covid-19 ou não ir ao hospital, era internação restrita, só por telefonemas que a gente podia informar o estado dos pacientes para seus familiares, muitas vezes esse trabalho do psicólogo era feito por nós os médicos, enfermeiras, nutricionistas, porque a gente conhecia o paciente, então não havia tempo para atendimento psicossocial e o única psiquiatra que havia em Letícia, foi embora da cidade antes de fecharem o aeroporto” (Nutricionista).

Outra resposta de uma enfermeira para a mesma pergunta, respondia:

“Não sou psicóloga, mas cuidei e ajudei moralmente os pacientes como pude, sou cristã crente em Deus e deixei claro que tinha uma missão porque em um sonho Deus me disse que eu não ia morrer, mas que eu tinha que ajudar a salvar vidas, e assim foi, eu rezava e dava um recado de Deus para os pacientes que podiam me ouvir e rezavam comigo, mas os que estavam na UTI só davam a mão e rezavam para eles ser salva, eu também fazia o meu trabalho de enfermeira, porque era isso que ela tinha que fazer e ela dava mais do que podia, assim ela ajudava na saúde mental” (Enfermeira Chefe).

A falta de estratégias de aplicação com os pacientes diante a pandemia, e uma das questões da pesquisa e: como os profissionais de saúde fizeram abordagens em atenção de saúde mental durante a pandemia do COVID-19. Compreende-se que os profissionais de saúde de Letícia (Colômbia) como os de tabatinga (Brasil), sim tiveram abordagem com muitas similitudes, porque culturalmente tem parcerias e limitações em saúde, assim como as que se enfrentam em fronteira por estar em um território distante da cidade capital, teve uma diferença em quanto as estratégias de afrontamento, porque por ser Manaus capital do Amazonas tinha o maior número de morte que era um dado dentro do normal pôr o tamanho da população, o que não acontecia em Letícia que e a cidade capital do Amazonas Colombiano e o número da população não corresponde nem a terceira parte do estado de Amazonas (Brasil), naquela época, o número de mortes era um absurdo que passava ou se limitava à normalidade de uma pandemia.

Os mesmos profissionais tomaram diferentes estratégias que eles consideravam a maneira de resolver o conflito emocional que estavam vivendo nesse momento, como é o caso de uma chefe enfermeira em Letícia que na pandemia ela levava 5 anos morando na Colômbia nascida em Venezuela, migrante, chegou só em procura de trabalho começando em saúde pública e depois em saúde prioritária no hospital San Rafael de Letícia, ela no seu relato na entrevista lembrava que:

“Eu fui meu próprio apoio emocional e espiritual, é também para os pacientes, era muito triste olhar tanta gente morrer, até meus colegas de trabalho iam morrendo, a minha comunicação era com deus, tinha momentos

de milagre quando os pacientes disserem que não queriam morrer, eu pegava a mão deles para orar muito, muito doloroso, mais acho que também a fé das pessoas deu fortaleza, porque algumas se salvavam, outras partiam” (Enfermeira Chefe).

Nos relatos das entrevistas todos os profissionais tiveram a mesma resposta, que:

“Não houve negligencia por parte dos centros de saúde, hospital, unidade de atendimento, porque na realidade existia um protocolo para atingir a emergência do covid-19, o pessoal médico tinha toda a proteção de atendimento a os pacientes, mais era impossível os espaços para todo o mundo, era uma loucura, não tínhamos suficientes médicos, que além também os profissionais estavam com covid-19 afastados o em isolamento, não se pode falhar de negligencia o de falta de profissionalismo, quando o único que tínhamos eram seres humanos ajudando a outros colegas, em que instante eles fazíamos saúde mental e intervenção as famílias” (Médico Clínico Geral).

### **CAPÍTULO 3: ENTRE LETICIA E TABATINGA: DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DA COVID-19**

Os resultados na pandemia mostram que a zona fronteiriça foi a mais afetada pela maioria da população de forma particular, pois as secretarias de saúde dos municípios de Letícia e Tabatinga não reagiram quando foram apresentados os primeiros casos noticiados pela mídia de comunicação, seguindo um protocolo em nível nacional de grandes cidades que não contemplava territórios distantes, como o território do Amazonas, que não possui vias terrestres, apenas fluviais e aéreas que tudo deve ser transferido para as capitais da Colômbia e do Brasil.

Isso desencadeou outro caminho para as estratégias de contingência emitidas pelos Ministérios da Saúde, por outro lado, os secretários de saúde dos dois municípios, no caso da Colômbia, o mesmo secretário departamental de saúde emitiu declarações indicando que: "não acredite nos meios de comunicação que estão gerando pânico sobre a covid-19, porque o território do Amazonas é frequente com doenças tropicais para as quais sempre é superado de forma positiva", isso levou a população a uma relaxação em geral, a não levar em conta os cuidados em casa, não usaram máscaras nas ruas e multidões apareceram em diferentes locais como discotecas, bares, lojas, supermercados e não cumpriram o isolamento obrigatório decretado pelo Governo Nacional, levando algumas semanas a gerar caos no hospital e na clínica Letícia, que despertou a atenção da comunicação social a nível nacional e com a visita do Ministro da Saúde realizando ajuda humanitária trazendo vários médicos para atender a emergência no Amazonas e por sua vez intervindo no hospital em infraestrutura com salão covid-19 finalizada no ano 2021, depois que a Região foi a primeira a receber a vacinação contra o vírus e que já a crises tinha passado.

Este foi o início de uma tragédia para os profissionais de saúde que precisavam da aplicação do protocolo em saúde mental na época, antes, durante e depois, mas isso não teve durante ou depois, o que levou que na atualidade tenham diferentes problemas psicossociais em pacientes, familiares, sociedade em geral e principalmente nos mesmos profissionais de saúde que hoje vivem as consequências do covid-19. Passaram-se dois anos e os entrevistados testemunham como um dos seus filhos se tornou viciado em drogas que teve de ser internado num centro de reabilitação, outro profissional separado da família, um profissional com depressão e um profissional de saúde mental com perturbações alimentares, e assim são relatadas histórias e vivências de profissionais de saúde que também precisaram e ainda necessitam de apoio emocional e psicológico, mas que se sentem que já foram esquecidos.

Com certa semelhança, aconteceu na fronteira em Tabatinga Brasil, que não tinha amostras suficientes e trabalha sob um protocolo do governo nacional que não acreditava na covid-19, dizendo que é só uma "gripe", não tinham bases sólidas de informação e credibilidade para a população brasileira que seguiu uma corrida de erros de informação e também através de *Fake News*, que foi retardada a ativação do governo do isolamento e fechamento de aeroportos e outros estabelecimentos públicos, porque houve pânico maior por não deixar que a economia do país descesse o segundo maior e mais populoso país da América, o que levou a uma reação tardia das pessoas no autocuidado com máscaras faciais, de não conservar a distância, de não estar em multidões, não se automedicar, entre outras desobediências que custaram a vida de muita gente.

A saúde mental pode ser assumida como uma construção multidisciplinar que integra condições pessoais, determinantes sociais e políticas públicas (RIBOT, *et al.*, 2020). A partir dessa definição, podemos classificar o distanciamento entre as pessoas, a redução de intervenções psicossociais oportunas e aconselhamento psicoterapêutico, a carga excessiva de informações e o surto excessivo de notícias errôneas, como fatores de confinamento que ajudaram o surgimento de diferentes problemas (HURACAYA -VICTORIA, 2020). Também é importante que deve-se esclarecer que as reações psicológicas que podemos observar diante de uma pandemia costumam ser agudas, mas isso não impede a possibilidade de observar sequelas emocionais de longo prazo (Caballero & Campo, 2020). Citado por (ALARCON; ARMENTA E MARTELO, 2022).

É de vital importância realizar estratégias de prevenção e intervenção que ajudem a evitar e mitigar os danos psicológicos causados por esta situação adversa e, por sua vez, gerar planos que prevejam situações semelhantes no futuro para fornecer a ajuda necessária a essas pessoas, evitando os problemas gerados pela falta de um plano adequado de intervenção e gestão. Nesse sentido, Sarabia (2020), que tanto o cuidado quanto a promoção do autocuidado são relevantes neste momento, “Cuidar de nós mesmos e estimular o autocuidado em nossos pacientes faz parte de nossa responsabilidade”. As autoras afirmam que, neste momento, deve-se promover o cuidado e o autocuidado dos profissionais de saúde, dos pacientes, de outras pessoas e da comunidade em geral. Os pesquisadores recomendam que é importante cuidar não apenas da saúde física, mas também da saúde mental, de forma que o estresse seja gerenciado e o bem-estar psicossocial seja promovido durante esse período (HUARCAYA-VICTORIA, 2020; LOZANO-VARGAS, 2020; SARABIA, 2020) citado por (ALARCON; ARMENTA E MARTELO, 2022).

Os mais relevantes problemas mentais que na atualidade prevalecem depois da pandemia de covid-19 são ansiedade, depressão, distúrbios do sono, reação ao estresse (TEPT), luto patológico, abuso e dependência de substâncias, transtornos psicossomáticos, somatoformes e hipocondríacos. Embora hoje esses problemas mentais tenham se apresentado de forma aguda, como é de se esperar em uma pandemia, espera-se que os efeitos a longo prazo, se agravem e afetem a vida de muitas pessoas e suas famílias (CABALLERO & CAMPO, 2020; GONZÁLEZ & LABAD, 2020; JOHNSON, *et al.*, 2020; ORGILÉS, *et al.*, 2020; RIBOT, *et al.*, 2020; GUTIÉRREZ-SALEGUI, 2020; LOZANO-VARGAS, 2020; SOLOMOU & CONSTANTINIDOU, 2020).

Conclui-se que as afetações psicológicas mais frequentes na população são ansiedade, estresse, depressão e ataques de pânico, mas nos protocolos de atendimento emitidos pelo Ministério da Saúde da Colômbia não estão incluídas estratégias e ações para preservar a saúde mental dos pacientes, familiares e profissionais que prestam o serviço de saúde, por isso estratégias e/ou protocolos de atenção à saúde mental devem ser implementados durante a pandemia de COVID-19 (CUDRIS, 2020).

Com a chegada do coronavírus, observam-se diferenças de vulnerabilidade, sejam elas determinadas por idade, sexo ou nível socioeconômico, pois podem condicionar nossas circunstâncias durante e após os eventos; no entanto, continuamos vulneráveis. Portanto, o desenvolvimento de transtornos dependerá, em grande medida, do risco psicossocial existente, ou seja, da interação entre condições externas (ameaças) e internas (vulnerabilidade), e da presença de algum outro risco (ambiental, de saúde, econômico, etc). Neste caso, não é necessário ter sido infectado para ser acometido pela COVID-19. A situação de luto pela perda de um familiar, o medo de contágio ou internação hospitalar e a desinformação desempenham papéis importantes na probabilidade de sofrer patologias psicológicas (GUTIÉRREZ-SALEGUI, 2020).

É importante enfatizar que, apesar de alguns estudos apresentarem taxas de ansiedade mais baixas em comparação com outras investigações, é evidente um aumento progressivo e incidência de ansiedade em profissionais de saúde devido às condições difíceis e avassaladoras que eles devem enfrentar diariamente. Por isso, esses dados devem ser percebidos como um sinal de alerta para a implementação de novas estratégias e intervenções que ajudem a reduzir o impacto psicológico a longo prazo (BOTERO, 2021).

Existem dois lados da moeda em relação às consequências que uma pandemia pode trazer, principalmente aquelas relacionadas ao isolamento social. Embora a grande maioria das consequências para a saúde mental relatadas em estudos anteriores realizados em surtos

epidemiológicos recentes e na atual pandemia tenham sido negativas; também é preciso avaliar os impactos positivos que podem ser obtidos com o isolamento social nessa situação (DANITZA, 2021).

Dentro dos resultados se destaca que depois de identificar alguns autores, conseguimos destacar que a literatura científica encontra dados importantes e de muita relevância para continuar trabalhando em pesquisa sobre melhoras nas estratégias de enfrentamento em saúde mental para a população que está afastada das maiores cidades e estão localizadas em territórios fronteiriços, onde se apresentam muitas variáveis de atenção em saúde por consequência de falta de investimento dos governos, ausência de parcerias entre países, consciência da gente que a saúde mental não tem um valor alto de importância, o desconhecimento que é uma enfermidade, a falta de profissionais como psicólogos, assistentes sociais, médicos, psiquiatras, enfermeiros, alianças com entidades internacionais que invistam também em apoio econômico para que atendam as demandas sociais, maior articulação em comunidades e entidades dos municípios, mais gestão institucional para fazer treinamento de habilidades para o atendimento do pessoal das secretarias de saúde e as divisões de políticas públicas em saúde que na atualidade é uma barreira na saúde mental que deveria ser de atenção primária a ser atendida especializada em psicologia ou psiquiatria.

No Brasil, o sistema de saúde SUS não foi modificado pelos riscos atuais com a existência ainda da pandemia, que além do mais, está contagiando mais com menor número de óbitos e com menos restrições, mais os serviços de saúde mental estão sendo prolongados e não prioritários como se pensaria, ao contrário da Colômbia o atual governo quer fazer uma reforma na saúde gerando uma problemática social nos colombianos e crises no atual regime de saúde que é privatizado por empresas particulares onde o serviço tem que se pagar para ser atendido em emergências, hospitalização o saúde especializada, quando o trabalhador, se tem emprego ou renda baixa o alta, essa mudança no sistema de saúde da Colômbia é muito parecido o que o Brasil tem como SUS, onde querem ter um CAP em cada zona (ou Bairros, localidades) das cidades o municípios como Centro de Atenção Primária, isto está gerando controvérsia porque o dinheiro para essa transformação vão colapsar os serviços e cria uma alarme de pagar mais impostos na saúde para subsidiar a população que não tem renda, está em estado de pobreza, incapacitado, idoso o população vulnerável.

Por exemplo, uma das situações que na Colômbia pode se dizer que é uma tragédia e como alguns medicamentos para certos diagnósticos psiquiátricos, tornou-se um novo absurdo pela falta de remédios nas farmácias, a demora nas EPS para autorização, a restrição a diagnósticos específicos aprovados pelo Instituto Nacional de Alimentos e Medicamentos

(INVIMA), a atribuição dos diagnósticos para garantir a entrega da droga que está acordado com algum médico porque recebe uma porcentagem econômica, que se traduz em um aumento dos transtornos mentais como esquizofrenia, depressão, transtorno afetivo bipolar e retardo mental, entre outros.

### **Remédios resolveram problemas de saúde mental?**

A saúde do paciente com doença em saúde mental, as possibilidades de benefícios dentro do sistema foram reduzidas, violando os mais pobres antes, durante e depois da pandemia, por exemplo, em Manaus realizaram, em abril de 2020, um treinamento para as/os profissionais da psicologia, inclusive foi publicado um Guia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, com orientações básicas para os primeiros cuidados em saúde mental e acolhimento psicológico emergencial, mais foram treinados os profissionais das cidades, mais não chegaram até os municípios como Tabatinga, onde a distância e a comunicação também e uma barreira ter se preparado os grupos ou agentes em técnicas de apoio emocional, atenção psicossocial, depressão, intervenção em crises, luto, estres pós-traumático, entre outros transtornos.

Por meio da UEA no estado do Amazonas, fizeram uma estratégia de afrontamento em saúde mental por meio de várias redes com outras instituições e grupos de outros estados para o segundo pico da COVID-19, com o objetivo de ampliar a oferta de serviços de escuta às demandas de saúde mental, também de favorecer a construção de redes solidárias; Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) oferecido por todos os profissionais da linha de frente ao cuidado, em especial, às famílias afetadas diretamente; isto foi DURANTE A PANDEMIA, mais tiveram analisado as características do território de Tabatinga em fronteira? Não aconteceu, sendo que as situações de emergenciais não sempre são as mesmas que em outra cidade o município, não se tinha em horário continuo um profissional em psicologia o assistência social, os centros de saúde, pareciam uma UPA ou Hospital Militar, com pacientes querendo atenção em saúde medica, e lá fazendo remissão para a atenção hospitalar, não tinha o pessoal suficiente para serem atendidos na pandemia, o que não se teve garantia de apoio psicossocial em rede para funerais seguros e cuidado das famílias em luto; falta promover cuidados psicossociais desde casa e de saúde de população vulnerável como idosos, crianças ou pessoas em comorbidade com alguma enfermidade, até pacientes psiquiátricos, não se teve o resultado esperado na contingencia estabelecida para a pandemia, porque não se conseguiu garantir o monitoramento

do risco psicológico de pacientes suspeitos ou confirmados que estejam em isolamento domiciliar, porque se tinha amostras somente para pacientes que estejam com falta de respiração, esse foi o Protocolo do Presidente de Brasil em atenção da emergência de saúde, impactando no aumento dos óbitos em regiões como o estado do Amazonas, que a grande maioria são indígenas. A incipiência da rede de atenção psicossocial do Amazonas não possibilitou que isso acontecera porquê de fato o mesmo governo de Brasil não acreditava da existência do COVID-19, então na realidade quando os profissionais atuavam e falavam em se cuidar em casa, o povo era inconsciente do que realmente acontecia e deixou de lado a ciência e o mais relevante as consequências em saúde mental do coronavírus.

A Rede de emergência em saúde mental do Amazonas, durante o segundo pico da doença, recomendou a contratação de psicólogas/os para os serviços de urgência e emergência, preocupada com as/os trabalhadoras/es da saúde. Foi criado um serviço de acolhimento psicológico aos servidores da SES e depois foi ampliado para a população. No primeiro pico havia um *call center* na UEA que realizava acolhimento psicológico à população, mas quase nenhuma continuidade, pois os serviços não estavam funcionando em totalidade e já vinham, antes da pandemia, com dificuldades para dar conta da demanda não tiveram seguimento por falta de profissionais e aumento de casos de transtornos psicológicos que vieram DEPOIS DA PANDEMIA, encontrando um grande número de pessoas com: depressão, lutos patológicos, estresse pós-traumático, consumo excessivo de álcool e de outras drogas de substâncias psicoativas, comportamento violentos, entre outras violências de gênero, sexual, física, emocional, psicológica, sem discriminação da idade em meninas, meninos, adolescentes, jovens, adultos em condições de incapacidade, idosos e indígenas. Sem deixar por fora a atenção à saúde mental dos membros das equipes que trabalharam na linha de frente da fase de resposta, particularmente àqueles que trabalharam junto aos casos mais graves e que na vida pessoal deles também sofreram perdas de familiares pôr o COVID-19, além de enfermidades do contágio do vírus que trabalhando várias vezes ficaram positivo e assim faziam atendimento.

Na Colômbia no município de Leticia, não houve diferença, porque também criaram estratégias para a atenção de saúde mental, mais somente funcionou nas grandes cidades, não foi feito para as regiões afastadas do país, onde a não funciona a internet, não tem vias terrestres de acesso para o comércio, alimentos e demais produtos básica de sobrevivência, todo chega por transporte aéreo o fluvial que demora dias ou meses, isto acrescentou as necessidades de saúde mental na população porque as crises emocionais eram maior, pensando que se não morria pôr COVID-19, morria por falta de comida, além que demora a população em receber uma ajuda econômica pelo Governo e também foi de muito pouca renda para famílias extensas,

a diferença que os brasileiros receberam subsidio econômico pelo Governo por desemprego, baixa renda, entre outros riscos, que conseguiu comprar o autocuidado por dinheiro, mais que de longe na atualidade não se compensa em saúde mental.

Entre os municípios fizeram parcerias para trocar usinas de oxigênio porque em Tabatinga o número de óbitos e de pacientes com COVID-19 era maior, não se tem dados verazes por parte do município de Leticia, porque a Secretaria de Saúde não ativou o protocolo correto para a coleta das amostras o que ocasionava que se perderam o envio ao laboratório na cidade capital Bogotá e por isso os dados não foram confiáveis, que com certeza também ocorreu em Tabatinga, mais não se tem maior informação.

### **Oportunidade e Integração nos serviços de saúde mental como estratégias de enfrentamento na fronteira entre Leticia e Tabatinga**

Os profissionais de saúde tiveram que construir estratégias diferentes de atenção imediatas em saúde mental para superar os obstáculos do limite internacional e aproveitar as oportunidades oferecidas pela proximidade com o país fronteiriços da Amazônia entre Colômbia e Brasil, onde a realidade de saúde fizeram ter fluxos de atenção básica em saúde mental, não tem uma rota solida para impactar no tecido social que depois de isolamento da COVID-19 se destaca os transtornos psicológicos e as problemáticas sócias, entre outros fatores de risco que vão em aumento como são os casos de suicídio em adolescentes e jovens, delinquência, tráfico de drogas envolvendo a crianças de idade entre 11 a 13 anos que já e um aviso prévio que e de conhecimento das autoridades dos países de fronteira, assim como a evasão escolar de adolescente que saem para trabalhar em plantações de drogas, e não e um problema da sociedade, e um problema do estado, mais está em desenvolvimento a médio prazo um contexto social mais grave que poderá parecer outra pandemia em saúde mental na ausência de capacidade ter bem-estar das famílias, cuidadores, escolas, comunidades indígenas, organizações comunitárias, empresas privadas, crianças, adolescentes, idosos e até recém nascidos, que não vão ter ciclos de vida e entornos saudáveis, porque os serviços não são integrais e multidisciplinares os três grandes problemas depressão, ansiedade e deterioro cognitivo.

A pandemia de COVID-19 e associada com um incremento de fatores de risco psicossociais, como são o isolamento e a violência intrafamiliar, a pobreza, a superlotação e o abuso de novas tecnologias. Propor-se medidas de prevenção no âmbito familiar e promoção nos hábitos saudáveis com fortalecimento nas redes de saúde mental. Devem-se desenhar

estratégias de proteção com características da população infanto-juvenil em fronteira no contexto das atuais crises sanitárias e promover educação no bem-estar das pessoas começado no indivíduo para passar no coletivo e comunitário.

Propõe-se fazer encontros binacionais é em saúde que encoraje a integralidade de saberes da saúde indígena e não indígena em ambos os países, isso ajudaria a envolver uma maior gestão em saúde mental a todos os profissionais que fazem trabalhos com a população em geral envolvendo as entidades dos territórios públicas e privadas que gostariam de dar a conhecer os serviços que oferecem e que o seguimento das estratégias de afrontamento em saúde mental seja contínuo por parte das entidades especializadas em saúde mental que são privados, para não deixarem as pessoas que já estão focalizadas no limbo sem um tratamento ao seu diagnóstico de transtorno mental o problemáticas sociais, assim também contribui a que os municípios tenha coleta de dados dos casos de saúde mental desde o início, intervenção, seguimento e finalização de processo multidisciplinares, isto somente funcionaria com acordos binacional entre os dos países, com investimento dos Governos na fronteira que livre comercio e com um fluxo comercial pôr o rio Amazonas e Solimões que e fronteira invisível para o controle das autoridades que colaboram com a fiscalização de problemáticas em seguridade que traz consigo doenças sociais.

Criar uma política pública em saúde mental fronteiraço que seja colaborativo com o intercâmbio de profissionais especializados para o atendimento os casos relevantes, pode ser de apoio uma oficina de UNICEF ou NAÇÕES UNIDAS que também apoiem e investem em contribuir na diminuição das problemáticas de saúde mental para não ter que chegar em Psiquiatria, a prevenção, promoção e intervenção e primordial para que os serviços tenha resultados favoráveis e confiáveis para melhorar a qualidade de vida das pessoas tanto emocional como psicológica, daí já e fácil trabalhar na parte coletiva e comunitária com a população em geral. Quando se reduz a prevalência de pessoas com enfermidades mentais diminui os comportamentos violentos, os delitos como consequência dos sintomas mentais são necessários transformar os serviços de saúde somente com uma diferença em territórios de fronteira, as zonas de localização gera alternativas diferentes de atenção em saúde mental, porque se pode fazer atendimento a necessidades específicas da população o número de habitantes e menor que em outras cidades e permite que as barreiras não tenham limites e que consiga fazer investimento também em investigação científica dos comportamentos, da cultura, da geografia, a percepção que tem as pessoas que moram em fronteira e possivelmente ampliando o atendimento a outras zonas onde Brasil e Colômbia também tem fronteiras.

Com relação ao direito à saúde em regiões de fronteira, os profissionais ressaltaram a universalidade e integralidade presentes no sistema de saúde brasileiro. As falas demonstram que no cotidiano de atendimento desses profissionais, não há distinção entre o cuidado ofertado aos brasileiros e aos estrangeiros (TEIXEIRA, *et al.*, 2019).

A saúde mental e atenção psicossocial trouxe um triplo desafio para os serviços de saúde e os profissionais que atuam no enfrentamento da pandemia. O primeiro é o de prevenir o aumento dos impactos na saúde mental relacionados à redução do bem-estar psicossocial provocado pelos efeitos sanitários, sociais e econômicos que vem atingindo toda a população durante pandemia, sendo que alguns grupos populacionais vêm vivenciando isto de modo mais agudo. O segundo é o de proteger as pessoas com transtornos mentais advindos da COVID-19 e seus impactos associados, que podem resultar no aumento de sua vulnerabilidade. O terceiro é prover os cuidados necessários aos profissionais de saúde e cuidadores de modo a protegê-los também e permitir que possam salvaguardar e cuidar dos outros (CAMPION, *et al.*, 2020).

As implicações psicológicas diretamente relacionadas à COVID-19, medidas para contenção da pandemia também podem consistir em fatores de risco à saúde mental. Em revisão de literatura sobre a quarentena, Brooks, *et al.* (2020) identificaram que os efeitos negativos dessa medida incluem sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva. Além dessas as preocupações com a escassez de suprimentos e as perdas financeiras também acarretam prejuízos ao bem-estar psicológico (SHOJAEI & MASOUMI, 2020), bem como dos idosos, pois é nessa faixa etária que tem ocorrido o maior número de óbitos em decorrência da COVID-19 (ORNELL, *et al.*, 2020).

De acordo com os estudos realizados por vários autores até o momento sobre implicações na saúde mental diante da pandemia do novo coronavírus, destaca-se o de Wang, *et al.* (2020) como a população geral na China, incluindo 1.210 participantes em 194 cidades, durante o estágio inicial da pandemia, onde o estudo revelou sintomas moderados a severos de ansiedade, depressão e estresse, em 28,8%, 16,5% e 8,1% dos respondentes, respectivamente. Além disso, 75,2% dos respondentes referiram medo de que seus familiares contraíssem a doença. Ser mulher, estudante e apresentar sintomas físicos ligados à COVID-19, ou problemas de saúde prévios, foram fatores significativamente associados a maiores níveis de ansiedade, depressão e estresse. Por outro lado, receber informações precisas sobre a situação local da doença e formas de prevenção e tratamento consistiram em fatores significativamente associados a menores níveis de ansiedade, depressão e estresse (WANG, *et al.*, 2020).

É importante realizar pesquisas sobre discriminação percebida, que é um estressor modificável que pode desencadear problemas de saúde mental em profissionais de saúde.

Mídia, instituições de saúde, estratégias preventivas e reparadoras também devem ser implementadas para reduzir a discriminação contra os profissionais de saúde e reduzir o impacto na saúde mental (MEDIAVILLA; FERNÁNDEZ & ANDREO, *et al.*, 2021).

## 4 CONCLUSÃO

É importante ressaltar que nos municípios da fronteira existem áreas de integração e parcerias entre cidades fronteiriças como acontece em Leticia e Tabatinga, pois os dois países de Colômbia e Brasil, de forma contínua, tem um fluxo de pessoas e de comercialização de produtos tangível e intangíveis, movimentando a economia dos países.

As duas cidades dependem das cidades distantes como Bogotá e Manaus- AM, em que a população é encaminhada por via aérea para serem atendidos por serviços de saúde especializados. Os serviços de alta complexidade são ofertados somente nas capitais, uma do país e outra de Estado.

Nos municípios da fronteira a oferta de serviços é da atenção básica, em Tabatinga-AM existem 9 UBSs, 1 PMEC, 2 NASF, 1 CIEVS, 1 LAFRON e 1 ACADEMIA DA SAÚDE – SEMSA, um subsistema DSEI-ARS e da média complexidade o Hospital Guarnição de Tabatinga – HGUT, Maternidade Celina Villacrez Ruiz e Unidade de Pronto Atendimento – UPA.

Dos diferentes profissionais que participaram da pesquisa, pode-se concluir que os profissionais de nacionalidade colombiana que trabalham em Tabatinga mostraram-se mais dispostos, pois dos três profissionais brasileiros convocados para as entrevistas, dois deles não finalizaram a entrevista e um deles não concordou em assinar o consentimento, deixando assim a análise da pesquisa desigual no número de participantes porque gera um viés de erro e objetividade ao conhecer a percepção e as histórias de como eles conseguiram enfrentar a pandemia e seus estados atuais de saúde mental.

Um dos obstáculos na pesquisa foi a falta de mais entrevistas dos profissionais de saúde mental porque durante o tempo de coletas das respostas, esses não estavam nas cidades fronteiriças. Então a pesquisa não foi participativa para criar um relatório, porque os poucos que estiveram em frente de pandemia nos anos 2020-2021, já tinham ido embora para suas cidades natal em 2022 para reforçar os centros de saúde com outros profissionais de saúde mental. O único profissional em Psiquiatria do município de Leticia tinha saído da cidade antes do aeroporto ser fechado. Por essa razão recomenda-se a implantação de políticas de prevenção e acompanhamento da saúde mental do profissional o a criação de um guia de intervenção com técnicas adequadas que busquem melhorar a saúde mental dos profissionais com foco no território e a cultura onde está localizada a população com maiores problemas de saúde mental.

Esta pesquisa relata as estratégias de enfrentamento da saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19, nos municípios de Leticia (Colômbia) e Tabatinga

(Brasil). O estado de Amazonas e o departamento de Amazonas durante o enfrentamento da pandemia não tiveram um protocolo para a atenção em saúde mental dos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc., que estavam em frente da pandemia.

Outra questão, foi que o atendimento da pandemia em 2020 e 2021 não considerou o registro das informações sobre as necessidades psicossociais tanto dos profissionais como dos usuários. Do mesmo modo, que não se identificou ações de saúde mental em colaboração das secretarias de saúde nos municípios de Letícia e Tabatinga. Apesar de não existirem esse tipo de colaboração antes da pandemia, mas poderia ser uma boa oportunidade para pensar estratégias solidárias e colaborativas na fronteira.

Para caráter de informação, verificou-se a subnotificação dos indígenas, que só eram registrados na Declaração de Óbitos como “indígenas” os que vieram encaminhados das aldeias e os indígenas que residiam nas áreas urbanas eram registrados como “pardos”, causas para futuras pesquisas.

Devido à falta de aplicação de provas, de pesquisas quantitativas ou transversal em onde se foram ter informação e dados de profissionais de saúde que estiveram em atendimento durante a COVID-19, e mais relevante para que os científicos e pesquisadores possam trabalhar em estratégias de afrontamento em saúde mental dos vários transtornos mentais que já estão afetando a população em geral, sendo assim os municípios de Letícia e Tabatinga com alta estatística de suicídio, violência intrafamiliar, tráfico de drogas, homicídio, delinquência em jovens, micro tráfico e bandas criminosas dirigidas pelo narcotráfico (facções). Então só por esse fato atual os governos devem fazer maior investimento na política pública em saúde mental e que seja com uma abordagem diferenciada pela localização de fronteira, dado que ocorrem problemáticas sociais mais difíceis de serem intervindas somente pelas secretarias de saúde dos municípios de Brasil e Colômbia, deve ser uma prioridade e com profissionais de saúde mental especializados em diferentes abordagens de tratamento e intervenção psicossocial.

É importante o cuidado da primeira infância, a preservação dos direitos de meninas e meninos, sua saúde mental e seu desenvolvimento integral fossem considerados dentro dos critérios do protocolo de atenção à saúde mental, sem colocar em risco sua saúde, das famílias e das comunidades, nesta parte não houve indicação dentro das estratégias de enfrentamento realizadas pelos governos da Colômbia e do Brasil. É um desafio que as autoridades competentes devem enfrentar para reagir às consequências que ocorrem atualmente com esta população que pode ter altos indicadores de suicídio, depressão infantil e consumo de substâncias psicoativas na adolescência, entre outras doenças mentais que vão gerar em consequência da pandemia.

Durante a pandemia ficou evidenciada a atual crise econômico-financeira do setor saúde, porém com mais incidência no município de Leticia do que em Tabatinga, visto que foram necessários mais leitos de UTI e equipamentos, tanto no hospital quanto na clínica Leticia. O investimento em infraestrutura ficou mais evidente porque as instalações não possuíam equipamentos de cuidado em UTI, ao contrário do avançado desenvolvimento em infraestrutura e instalações em Tabatinga, mas que de certa forma não eram suficientes para atender os números pessoas que chegavam ou ligavam diariamente, que estava na média de 60 pacientes diários, que os profissionais faziam ações pontuais no cuidado da UTI e de pronto atendimento. O mesmo aconteceu em relação aos testes, em Tabatinga os testes foram direcionados para os pacientes que estavam com falta de ar e que necessitavam de oxigênio. Em Leticia, as amostras eram enviadas em caixas de isopor para a capital da Colômbia, Bogotá, porém as amostras eram rejeitadas porque não cumpriram o protocolo de biossegurança para levá-los. Assim, se perderam as amostras, porque não eram confiáveis, significando maior demora nos resultados dos casos de covid-19, impactando na demora na comunicação de informação do número de infectados para a comunidade. O secretário de saúde do Amazonas Colombiana não tomou ações corretas para gerenciar as estratégias de enfrentamento em saúde mental, às vezes as declarações emitidas para os cidadãos eram que: "não há casos e que o povo não se deixe de *fake-news* das redes sociais, que leva a pânico psicológico".

Os territórios fizeram parcerias de intervenção na população ou de prevenção em doenças relacionadas com a saúde mental. No entanto, se apresentaram várias situações que não tiveram sucesso devido: à escassez de pessoal e recursos nos hospitais e clínicas de atendimento em fronteira; o alto trabalho de escritório que o pessoal de saúde deve realizar para documentar os processos, o que os obriga a fornecer aos pacientes alguns minutos para conhecer seus sintomas em detalhe; a baixa conectividade em internet; a escassa ou inexistente de especialistas em saúde mental trabalhando no primeiro nível de atenção. Este último ponto deve ser destacado, pois o cuidado integral e multidisciplinar deve contemplar este profissional de saúde, que poderá cuidar de muitas das doenças de origem psicossomática ou vinculadas a altos níveis de estresse e desordens emocionais típicas deste momento de incertezas e o seguimento das enfermidades em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. **Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19:** Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*, 17. Disponível em: <<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>> 2021. Acesso em: 25 de abril de 2020.

ALARCÓN, Y.; ARMENTA, O.; MARTELO, L. **Reflexión sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento por COVID-19 en la salud mental.** Barranquilla - Colombia: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Simón Bolívar, 2022. [Tejidos Sociales 4(1), pp. 1-8, enero-diciembre].

ÁLVAREZ SALAZAR, G.J.; GARCÍA GALLEGO, M.; LONDOÑO USME, M. **Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores.** *Revista CES. Derecho*, nov. 15, 7:106–25, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ces.edu.co/index.php/derecho/article/view/4073/2670>>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

ARDÓN, N.; CUBILLOS, A. **La salud mental:** una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. S.n: *Rev. Gerencia Políticas Salud*, v. 11(23), 2012.

AREVALO, R.; VILLARREAL, P.; ALVARADO, P.; MONTORO, M.; & BENAVIDES, E. **Estudio de caso:** salud mental del profesional de enfermería en tiempos de pandemia COVID-19. *Rev. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, v. 6 (4), 2258-2271, DOI, 2022. Disponível em: <[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2750](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2750)>. Acesso em: 6 de junho de 2022.

BARBOSA, J. DA S. JR. **As doenças transmissíveis no Brasil, tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde**, in: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, *Saúde Brasil 2008, 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Brasília: MS, 2009.

BANERJEE, D. **The COVID-19 outbreak:** crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 50, 102014, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014>>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

BECKER, B. **Geopolítica da Amazônia.** *Estudos avançados*. São Paulo: S.n., vol.19, no.53, Jan./Apr., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v19n53/24081.pdf>>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BENTO, F., R. **O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional Sul-Americana.** In: *Revista Conjuntura Austral*, Vol. 6, n.º 27–28, Dez.2014 –Mar.2015, p. 40-53, 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.22456/2178-8839.51125>>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BERNAL, L.; CASTAÑO, G.; RESTREPO, D. **Salud mental en Colombia.** Un análisis crítico. *Mental health in Colombia. A critical analysis*. Sn: Ver. *CES. Med.*, v. 32 (2), p. 129-140, e-ISSN2215-9177, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BIRMAN, J. **O Trauma na pandemia do Coronavírus:** suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF: PR, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Casos confirmados por unidade federada, Brasil, 1980–2005.** Disponível em: <[www.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/dnc\\_uf\\_agravos\\_todas.zip](http://www.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/dnc_uf_agravos_todas.zip)>. Acesso em: 12 de julho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST — 2012.** Versão Preliminar. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012>>. Acesso em: 07 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tópicos de Vigilância em Saúde - Dengue.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dados\\_dengue\\_obitos\\_2012\\_at032013.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dados_dengue_obitos_2012_at032013.pdf)>. Acesso em: 21 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra 91.589 casos de coronavírus e 6.329 mortes pela doença.** Brasília: MS, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46821-brasil-registra-91-589-casos-de-coronavirus-e-6-329-mortes-pela-doenca>>. Acesso em: 26 de agosto de 2020.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; & RUBIN, G. J. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it:** rapid review of the evidence. *The Lancet*, v. 395 (10227), p. 912-920, 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)>. Acesso em: 28 de agosto de 2020.

BOOKMAN, Yin R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: S.n, 2015.

BOTERO, S. **Salud mental en el personal de salud a partir de la emergencia sanitaria por COVID 19:** Una revisión documental. Valencia: Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir Universidad - CES, 2022.

CABALLERO, C.; & CAMPO, A. **Problemas de salud mental en la sociedad:** Un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. Sn: Duazary, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.21676/2389783X.3467>>. Acesso em: 28 de agosto de 2020.

CAVALCANTE, J.R., *et al.*. **COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até semana epidemiológica 20 de 2020.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 4, e 2020376, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/zNVktw4hcW4kpQPM5RrsqXz/>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. **Boletín del Aseguramiento en salud.** Bogotá – Colombia: MSPS, 2017.

CID, C.; MARINHO, M. **Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes.** Documentos de Proyectos, LC/TS.2022/63. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL, 2022.

CLUVER, L.; LACHMAN, J. M.; SHERR, L.; WESSELS, I.; KRUG, E.; RAKOTOMALALA, S.; MCDONALD, K. **Parenting in a time of COVID-19.** The Lancet, 2020. Disponível em: <[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

CHEN, Q.; LIANG, M.; LI, Y.; GUO, J.; FEI, D.; WANG, L.; ZHANG, Z. **Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak.** The Lancet, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

CUDRIS, L. **Coronavirus: epidemia emocional y social.** Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Sn: sn, v. 39 (3), p. 309-312, 2020. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/343022344\\_Coronavirus\\_epidemia\\_emocional\\_y\\_social](https://www.researchgate.net/publication/343022344_Coronavirus_epidemia_emocional_y_social)>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

DANET, A. **Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental.** Una revisión sistemática. Medicina Clínica, 2021.

DANITZA, C. I. **Alteración de los estados afectivos en personal de salud de primera línea durante el primer año de la pandemia por Covid-19.** Arequipa: Universidad privada Autónoma del Sur, 2021.

DA SILVA, D.; DAMASIO, M. F.; DE FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz / Instituto Leônidas Castro & Maria Deane, ISBN:978-65-87063-01-02020, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44264>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO - COLÔMBIA. **Alerta Temprana N° 002-21. 2.** Letícia: GOBIERNO DEL AMAZONAS, 2021. Disponível em: <<https://alertasstg.blob.core.windows.net/alertas/002-21.pdf>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

EUZÉBIO, E. F. **A fluidez territorial na fronteira ocidental da Amazônia:** as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). *Revista Franco Brasileira de Geografia*, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/confins.9659>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

ESTRELA, F.M.; DA SILVA, A.F.; DE OLIVEIRA, A.C.B.; MAGALHÃES, J.R.F., SOARES, C.F.S.; PEIXOTO, T.M., OLIVEIRA, M.A.S. **Enfrentamento do luto por perda familiar pela covid-19:** estratégias de curto e longo prazo. S.n: *Pers Bioet*, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.3>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

FOUCAULT, M. **L'Archeologie du savoir**. Paris: Gallimard, 1968. *In:* A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, Ed. Bras., 2012.

FIOCRUZ, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. INSTITUTO LEÔNIDAS CASTRO & MARIA DEANE. **Relatório do Estudo:** Comportamento, Atitudes e Práticas - CAP em saúde mental e enfrentamento a COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira. Manaus: COIAB / UNICEF / Fiocruz/ILMD-LAHPSA, 2021.

GIORGIO, A. **Reflexões sobre a peste**. São Paulo: Boitempo, 2020.

GÓMEZ, C.; DE SANTACRUZ, C.; RODRIGUEZ, M.; RODRIGUEZ, V.; TAMAYO, N.; MATAALLANA, D.; *et al.* **Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015**. Protocolo del estudio. Bogotá: *Rev. Colombiana de Psiquiatria*, diciembre, vol. 45: 2-8, 2016.

GONZÁLEZ, L.; PEÑALOZA, R.; MATAALLANA, M.; GIL, F.; GÓMEZ, C.; LANDAETA, A. **Determining Factors in the Access to Mental Health Services by the Adult Colombian Population**. Bogotá: *Rev. Colombiana de Psiquiatria*, vol. 45: 89-95, 2016.

GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ, A.; & LABAD, J. **Salud mental en tiempos de la COVID:** reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina Clínica*, v. 155(9), 392-394 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.009>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

GIOVANELLA, L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Brasília: *Cad. Saúde Pública*, 2018.

GUTIÉRREZ-SALEGUI, I. **Consecuencias psicológicas de la pandemia Covid-19**. *Revista tiempo de paz*, v. 137, 116-124, 2020. Disponível em: <<https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/07/TP-137-PDF.pdf>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

HERNÁNDEZ, W.; COZZUBO, A.; AGUILAR, J. C.; LEDGARD, D.; & AGÜERO, J. **El impacto de la pandemia por la COVID-19 sobre la violencia familiar:** diferenciando víctimas, tipos de violencia y niveles de riesgo en el Perú. UNDP/ LAC, Working Paper, nº 30, 2022. Disponível em: <<https://www.undp.org/es/latin-america/publications/el-impacto-de-la-pandemia-por-la-covid-19-sobre-la-violencia-familiar-diferenciando-v%C3%ADctimas-tipos-de-violencia-y-niveles>>. Acesso em: 20 de março de 2022.

HUARCAYA, V. **Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19**. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2020. [37(2), 327-34]. Disponível em: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>>. Acesso em: 20 de março de 2022.

JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde:** contribuições do planejamento. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 2010.

JOHNSON, M.; SALETTI-CUESTA, L.; TUMAS, N. **Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>.> Acesso em: 14 de agosto de 2020.

KANG, L. *et al.* **The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus.** London: The Lancet Psychiatry, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>>. Acesso em: 14 de agosto de 2020.

KESTEL, D. **Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS.** 10 octubre de 2022. S.n: Directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, 2022.

LEÓN, C.; OLIVERA, E. **Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19.** *Revista de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu*, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.006>>. Acesso em: 17 de março de 2022.

LOZANO-VARGAS, A. **Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China.** S.n: *Revista de Neuropsiquiatria*, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

LUNA, E.; SILVA, J. **Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias.** *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário.* Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 2, p. 123-176, ISBN 978-85-8110-016-6, 2013. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/41.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2021.

MCMAHON, N. E. **Understanding COVID-19 through the lens of ‘syndemic vulnerability’:** possibilities and challenges. *International Journal of Health Promotion and Education*, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14635240.2021.1893934>>. Acesso em: 24 de novembro de 2021.

MEDRANO, B.; CARDOSO, J.; HÜNING, S.; GUAZELLI, A.; VILELA, L.; IÑIGUEZ, L.; CHAVES, M.; E PRIOLI, M.; **Abordagens psicossociais sobre a primeira fase da pandemia do novo coronavírus no Brasil.** S.n: *Psicologia e Sociedade*, 2020.

MEDIAVILLA, R.; FERNÁNDEZ, E.; and ANDREO, J. *et al.* **Association between perceived discrimination and mental health outcomes among health workers during the initial COVID-19 outbreak.** Barcelona: *Revista de psiquiatria y salud mental*, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.06.001>>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, rev. atual, 2007.

MINISTERIO DE SALUD. **Resolución nº 2358 de 1998**. Por el cual se adopta la política nacional de salud mental. 1998. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-2358-de-1998.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2020.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. **Dimensión social y salud mental**. In: Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021. Bogotá: MSPS, 2013. Disponível em: <<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

MIRANDA, L. A. **A pandemia da Covid-19 na fronteira amazônica: uma análise preliminar nas cidades-gêmeas de Tabatinga e Leticia**. Sn: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

MORA-ALVARADO, D. A. **Sindemia de la “COVID-19” en el mundo**. Sn: Revista Tecnología en marcha, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.18845/tm.v35i5.6062>>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

ODDONE, N.; PRADO, H.S.A. **Free shops en zonas de frontera del Mercosur: Oportunidad o desafío para la integración a la luz de la reciente legislación brasileña**. S.n: Tempo do Mundo, 2015.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES)**. Informe regional de las américas. Brasilia: OPAS, 2022.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Invertir en salud mental**. Ginebra – Suiza: OMS, 2004. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

ORGILÉS, M.; MORALES, A.; DELVECCHIO, E.; MAZZESCHI, C.; & ESPADA, J. **Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain**. *Frontiers in Psychology*, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; & KESSLER, F. H. P. **“Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies.** Sn: Brazilian Journal of Psychiatry, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?lang=en>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

ORTIZ-ACEVEZ, E. **Percepciones sobre muerte digna: morir sin dolor en los tiempos del COVID-19.** México: Universidad de Guadalajara, 2022. (Tesis de grado no publicada).

OSANAI, C.H. *et al.* **Surto de dengue em Boa Vista-Roraima.** São Paulo: Rev. Inst. Med. Trop., 1983.

PASSOS, A.D.C. **Epidemia de cólera no sul do Brasil.** São Paulo: Cad. Saúde Pública, 1999.

PEITER, P. C. **Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2007.

POSADA, J.; AGUILAR, S.; MAGAÑA, C.; GÓMEZ, L. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.** Sn: Rev. Colombiana de Psiquiatría, 2004.

POSADA, J. **La Salud Mental en Colombia.** Biomédica. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, 2013. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. *In:* Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: C&C Gráficas Ltda., 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572013000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001)>. Acesso em: 20 de novembro de 2020.

POSADA, J. **La Salud Mental en Colombia.** Sn: Biomédica Rev. Instituto Nacional de Salud, 2013.

POSADA, V.J.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; MAGAÑA, C.; CARLOS-GÓMEZ, L. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.** Sn: Rev. Colomb. Psiquiatr., 2004.

RIBOT, V.; CHANG, N.; & GONZÁLEZ, A. **Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población.** Revista Habanera de Ciencias Médicas, 2020. Disponível em: <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>>. Acesso em: 12 de novembro de 2020.

RIZZOTTO, M.L.F.; CAMPOS, G.W. DE S. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI.** Saúde soc., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010412902016150960>>. Acesso em: 12 de novembro de 2020.

ROJAS, B.L.A.; CASTAÑO, P.G.A.; RESTREPO, B.D.P. **Salud mental en Colombia: Un análisis crítico.** Sn: Rev. CES. Med., 2018.

ROTHER, D., GALLINETTI, J., LAGAAY, M., & CAMPBELL, L. **Ebola**: beyond the health emergency Retrieved from, 2015. Disponível em: < <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/355>>. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

SANTOS, V. S.; LOPES, L. M. L.; DE CARVALHO, E.; E PEREIRA, E. R. **O descumprimento das medidas públicas adotadas contra a COVID -19 na cidade de Tabatinga, Amazonas, Brasil.** Mundo Amazônico, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.15446/ma.v12n1.88360>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SARABIA, S. **La salud mental en los tiempos del coronavirus.** Sn: Revista Neuropsiquiatria, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3680>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; & DEMENECH, L. M. **Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19).** Campinas: Estudos de Psicologia, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; VERÇOSA, Viviane Lima; SILVA, Cristiane Ferreira da; OCAMPO, Jackeline Cristina Duque; SALAZAR, Klaus Estivens Lima. **A COVID-19 na tríplice fronteira**: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM. In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; FERLA, Alcindo Antônio; LEMOS, Sônia Maria; GUEDES, Thalita Renata Oliveira das Neves; REIS, Ana Elizabeth Sousa. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia**: percursos de uma pesquisa em ato. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; FERLA, Alcindo Antônio; LEMOS, Sônia Maria; GUEDES, Thalita Renata Oliveira das Neves; REIS, Ana Elizabeth Sousa. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia**: percursos de uma pesquisa em ato. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

SCHWEICKARDT, J.; FERLA, A.; LIMA, R.; KADRI, M. R. **História e política pública de saúde.** Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

SCHWEICKARDT, J.; VERÇOSA, V.; FERREIRA, C.; DUQUE, J.; E, LIMA K.; **A COVID-19 na tríplice fronteira**: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM. In: PANDEMIA E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS NA AMAZÔNIA: percursos de uma pesquisa em ato. Porto Alegre - RS: Editora Rede Unida, 2022.

SCHWEICKARDT, J.; FERLA, A.; SÔNIA, L.; OLIVEIRA, T.; SOUSA, A. **Pandemia e Transformações Sociais na Amazônia**: percursos de uma pesquisa em ato. Porto Alegre - RS: Editora Rede Unida, 2022.

SHOJAEI, S. F.; MASOUMI, R. **The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak.** Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5812/mejrh.102846>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SOLOMOU, I.; CONSTANTINIDOU, F. **Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.3390/ijerph17144924>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

TAUIL, P.L. **Malária no Brasil, epidemiologia e controle.** In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

TEIXEIRA, M.G. *et al.* **Dengue and dengue hemorrhagic fever epidemics in Brazil: what research is needed based on trends, surveillance and control experiences.** S.n: Cad. Saúde Pública, 2005.

TEIXEIRA, C.; DA SILVA, M.; LIMA, E.; SCHWEICKARDT, J.; DE SOUSA, R. **O SUS é para todos!** Percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. Brasília: Saúde em Redes, 2019.

URREGO, G.; Y APONTE; J. **A partir de base cartográfica.** S.n: IGAC, 2017.

URZÚA, A.; SAMANIEGO, A.; CAQUEO-URÍZAR, A.; ZAPATA, A.; & IRARRÁZAVAL, M. **Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile.** Revista Médica de Chile, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

VÁZQUEZ, J. C.; ÁNGEL, M.; PRECIADO, M.; & COLUNGA, C. **La salud mental positiva ocupacional hoy:** Investigaciones en diversos ámbitos laborales. S.n: Qartuppi, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.29410/QTP.21.18>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S.; & HO, R. C. **Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. Disponível em: < <http://doi.org/10.3390/ijerph17051729>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

XIAO, C. **A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) - related psychological and mental problems: structured letter therapy.** Psychiatry Investigation, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2020.0047>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

## **SOBRE A AUTORA**

Mestranda em Saúde Coletiva no Instituto Leônidas & Maria Diane – Fiocruz Amazônia (Manaus, Brasil). Psicóloga graduada da Fundação Universitária Konrad Lorenz (Bogotá, Colômbia); diplomado em Novas Tendências em Recursos Humanos F.U.K.L (Bogotá, Colômbia); curso de Atualização em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19 – Fiocruz (Brasília); curso Inquérito em epidemiologia epicovid – Fiocruz (Manaus), curso Bem viver em saúde mental indígena – Fiocruz (Manaus).

Experiência laboral em terapia em psicologia clínica; com comunidades indígenas em seguimento em alimentação das crianças nas escolas do Governo no Município de Puerto Nariño - Colômbia; supervisão em programas de idosos do governo no Município de Puerto Nariño - Colômbia, saúde mental em saúde pública em Leticia Amazonas – Colômbia; líder no Sistema de responsabilidade Penal em Adolescentes no estado de Amazonas (Colômbia), com o ICBF e Ministério de Justiça; Profissional de apoio em saúde mental com os casos de suicídio no estado de Amazonas – Colômbia com a Secretaria de Saúde.

Participação em publicação de capítulos: A COVID-19 na tríplice fronteira: as estratégias na crise sanitária em Tabatinga, AM do livro *PANDEMIA E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS NA AMAZÔNIA: percursos de uma pesquisa em ato*, e no capítulo: O Cuidado em saúde na dimensão transfronteiriça: gestão e trabalho numa pandemia, do livro: *PRÁTICAS SOCIAIS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NA AMAZÔNIA: esperando novos mundos*.