



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA
COGNITIVA E COMPORTAMENTO



O IMPACTO DO ISOLAMENTO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL,
AUTOMEDICAÇÃO E PERFORMANCE COMUNICATIVA: UM
ESTUDO LONGITUDINAL

João Pessoa - PB
Dezembro de 2021

POLYANNA DE LIMA ARRUDA SILVA

O IMPACTO DO ISOLAMENTO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL,
AUTOMEDICAÇÃO E PERFORMANCE COMUNICATIVA: UM ESTUDO
LONGITUDINAL

Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação
em Neurociência Cognitiva e
Comportamento da Universidade Federal da
Paraíba, para obtenção do grau de Doutor em
Neurociência Cognitiva e Comportamento, na
linha de pesquisa: Neurociência Cognitiva Pré-
clínica e Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Anna Alice Figueirêdo de Almeida

João Pessoa - PB

Dezembro de 2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586i Silva, Polyanna de Lima Arruda.

O impacto do isolamento social na saúde mental, automedicação e performance comunicativa : um estudo longitudinal / Polyanna de Lima Arruda Silva. - João Pessoa, 2021.

124 f. : il.

Orientação: Anna Alice Figueirêdo de Almeida.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Saúde mental. 2. Isolamento social. 3. Covid-19.
4. Pandemia - Coronavírus. 5. Automedicação. I.
Almeida, Anna Alice Figueirêdo de. II. Título.

UFPB/BC

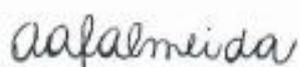
CDU 364.622(043)

**O IMPACTO DO ISOLAMENTO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL,
AUTOMEDICAÇÃO E PERFORMANCE COMUNICATIVA: UM ESTUDO
LONGITUDINAL**

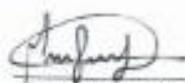
Polyanna de Lima Arruda Silva

FOLHA DE APROVAÇÃO DA TESE

A Banca examinadora composta pelos membros abaixo aprovou esta Tese de
Doutorado:



Anna Alice Figueiredo de Almeida Queiroz (Presidente/Orientadora)

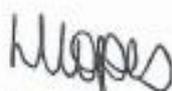


Mirian Graciela da Silva Stiebbe Salvadori (Membro Interno)

Digitally signed by
Suellen Andrade
Date: 2022.03.07
11:14:52 -0500



Suellen Mary Marinho dos Santos Andrade (Membro Interno)



Leonardo Lopes (Membro Externo ao Programa)



Jonio Alves Lucena (Membro Externo à Instituição)

João Pessoa - PB
07 de dezembro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese de Doutorado aos meus pais Antonio de Lisboa e Marluce, a minha tia Marlene (“Tia Dê”), minha irmã Anny Palloma e minha sobrinha Helena, pois esses são os pilares da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Antônio de Lisboa e Marluce, por todo amor, carinho e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

A minha tia Marlene pela dedicação, por acompanhar meus passos e me auxiliar de todas as maneiras possíveis.

A minha irmã, Anny Palloma, por se fazer presente mesmo estando longe, por toda atenção e carinho nas suas palavras, sempre buscando me apoiar de todas as formas durante esse percurso de doutoramento.

A Almir por me incentivar a ingressar no Doutorado e pelo apoio ao longo dessa jornada acadêmica.

As minhas Tias Célia e Cléia, pelo apoio, incentivo e cuidado em momentos importantes durante essa jornada.

Agradeço e homenageio os meus companheiros felinos Todynho e Mia, os quais mesmo não sabendo ler, acompanharam de perto cada palavra aqui escrita, por vezes deitados sobre meus rascunhos e apoiados em meu *notebook*, sempre com muito carinho no seu olhar.

Agradeço a minha orientadora Anna Alice. Obrigada pela confiança, atenção, dedicação e por acreditar nesta pesquisa. Muito obrigada pela paciência, sobretudo, nas primeiras orientações, pelo cuidado nas correções dos materiais escritos e pelo tempo investido em mim e na minha jornada acadêmica ao longo desses mais de 6 anos.

Aos colegas do LIEV, em especial a Larissa Almeida pela colaboração na análise de dados.

Aos colegas do PPGNEC, em especial a Danilo Menezes, pela intensa divulgação da presente pesquisa e ao Dr. Estácio Amaro, pelo companheirismo nessa trajetória de doutoramento.

Aos professores do PPGNEC, sobretudo ao atual coordenador, professor Flávio Freitas, sempre sereno e extremamente atencioso durante toda essa jornada.

A professora Mirian, minha supervisora de estágio docência, sempre tão gentil e disponível. Agradeço imensamente a confiança e a oportunidade em estagiar sob sua supervisão.

Meus agradecimentos aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e ricas contribuições para o aperfeiçoamento desta Tese.

Agradeço imensamente a todos os voluntários que participaram da pesquisa!

Sobretudo, agradeço a Deus por ter me concedido saúde, coragem, sabedoria, paciência e persistência, fatores essenciais para construção e conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE FIGURAS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO II: MÉTODOS.....	38
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO.....	77
CAPÍTULO V: CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	108
APÊNDICE B: Questionário I - Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19.....	111
APÊNDICE C: Questionário II - Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19.....	115
ANEXO A: <i>Self reporting questionnaire-20</i>.....	121
ANEXO B: Questionário de regulação emocional.....	122
ANEXO C: Teste de autoavaliação da competência na comunicação.....	123
ANEXO D: Questionário de qualidade de vida em voz.....	124
ANEXO E: Parecer consubstanciado do CEP.....	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: <i>Caracterização da amostra de indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de IES da Paraíba durante o período de isolamento social durante pandemia do COVID-19.....</i>	49
Tabela 2: <i>Naturalidade de indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de IES da Paraíba durante o período de isolamento social durante pandemia do COVID-19.....</i>	50
Tabela 3: <i>Instituição de origem e área de atuação de indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de IES da Paraíba durante o período de isolamento social durante pandemia do COVID-19.....</i>	51
Tabela 4: <i>Dados sobre isolamento social e ocorrência de COVID-19 durante dois momentos da pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica.....</i>	53
Tabela 5: <i>Caracterização do isolamento social durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica.....</i>	54
Tabela 6: <i>Frequência de utilização de serviço de telessaúde durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 comunidade acadêmica.</i>	55
Tabela 7: <i>Descrição dos aspectos relacionados à saúde mental durante o momento 1 da pandemia do COVID 19 na comunidade acadêmica.....</i>	55
Tabela 8: <i>Percepção sobre saúde mental e ocorrência de sintomas relacionados à saúde mental durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica...</i>	56
Tabela 9: <i>Dados sobre utilização de medicamentos durante a Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica.....</i>	58
Tabela 10: <i>Avaliação de transtornos mentais menores e do perfil comunicativo da comunidade acadêmica durante dois momentos da pandemia de COVID-19.....</i>	59
Tabela 11: <i>Comparação de médias dos escores dos protocolos referentes às questões emocionais e comunicativas da comunidade acadêmica em dois momentos da Pandemia de COVID-19.....</i>	60
Tabela 12: <i>Comparação de médias dos escores de questionários relacionados a questões emocionais e comunicativas, de grupos de indivíduos que estavam e não estavam em isolamento social durante a Pandemia de COVID-19.....</i>	61
Tabela 13: <i>Relação entre isolamento social, ocorrência de sintomas e percepção sobre saúde mental em dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica...</i>	62

Tabela 14: <i>Relação entre isolamento social e ocorrência de COVID-19 durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica.....</i>	63
Tabela 15: <i>Relação entre isolamento social em dois momentos da pandemia do COVID 19, tempo de isolamento, forma de socialização e estrutura do trabalho da comunidade acadêmica.....</i>	64
Tabela 16: <i>Dados sobre utilização de medicamentos e serviços de saúde durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica.....</i>	65
Tabela 17: <i>Comparação de médias relacionadas às questões comunicativas em grupos de indivíduos com e sem alterações psiquiátricas mínimas, de acordo com o SRQ, durante dois momentos da pandemia por COVID 19.....</i>	67
Tabela 18: <i>Comparação de médias dos escores de questionários relacionados a questões emocionais e comunicativas, de homens e mulheres durante o momento 1 da Pandemia de COVID-19.....</i>	68
Tabela 19: <i>Análise de variância dos escores de questionários relacionados a questões emocionais e comunicativas, em grupos de indivíduos em relação às variáveis: escolaridade, vínculo institucional e renda familiar, durante o momento 1 da Pandemia de COVID-19.....</i>	69
Tabela 20: <i>Teste post hoc para escolaridade.....</i>	70
Tabela 21: <i>Teste post hoc para vínculo institucional.....</i>	71
Tabela 22: <i>Teste post hoc para renda familiar.....</i>	72
Tabela 23: <i>Associação entre sexo e aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação durante o momento 1 da pandemia da COVID-19.....</i>	74
Tabela 24: <i>Associação entre escolaridade e aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação durante o momento 1 da pandemia da COVID-19.....</i>	74
Tabela 25: <i>Associação entre renda familiar e aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação durante o momento 1 da pandemia da COVID-19.....</i>	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: <i>Fluxograma de seleção dos participantes</i>	39
Figura 2: <i>Fluxograma dos procedimentos da coleta de dados</i>	46

RESUMO

Em março de 2020 foi declarada a pandemia de COVID-19, desde então, as principais estratégias de saúde pública para reduzir a transmissão dessa doença envolviam a restrição de circulação das pessoas que induziam ao isolamento social. O objetivo deste estudo foi verificar o impacto do isolamento social na saúde mental, automedicação, bem como sobre a performance comunicativa na comunidade acadêmica, em diferentes momentos da pandemia de COVID-19. Este é um estudo observacional longitudinal, a amostra foi composta pela comunidade acadêmica das instituições de ensino superior do estado da Paraíba. Foram utilizados os instrumentos: *Self Report Questionnaire* (SRQ), Questionário de Regulação emocional (QRE), Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação (TACCOM) e o questionário Qualidade de Vida e Voz (QVV). Também foram utilizados questionários sobre condições gerais de saúde e isolamento durante a pandemia. Os dados foram analisados estatisticamente e o nível de significância considerado foi de 5%. A amostra foi composta por 466 participantes com idade média de 29,24 anos. Observou-se que o isolamento social pode impactar na saúde mental e na comunicação durante os primeiros meses de confinamento. Foi rastreada a presença de transtornos psiquiátricos menores na maior parte da amostra, os participantes relataram se sentirem depressivos, ansiosos e tristes e, a continuidade da pandemia intensificou a presença desses sintomas. Verificou-se, ainda, que as mulheres praticavam mais automedicação, utilizavam mais medicamentos para prevenir a COVID-19, possuíam maior comprometimento na saúde mental e estavam em isolamento social com maior frequência do que homens. Além disso, constatou-se que o grupo dos estudantes estavam mais sujeitos a apresentarem transtornos mentais, e os professores apresentaram melhor performance comunicativa.

PALAVRAS-CHAVE: Isolamento social; COVID-19; pandemia; saúde mental; automedicação; comunicação.

ABSTRACT

In March 2020 the COVID-19 pandemic was declared. Since then, the main public health strategies to reduce the transmission of this disease have involved restricting the movement of people, which induced social isolation. The aim of this study was to verify the impact of social isolation on mental health, self-medication, as well as on communicative performance in the academic community, at different times of the COVID-19 pandemic. This is a longitudinal observational study, the sample was composed of the academic community of higher education institutions in the state of Paraíba. The following instruments were used: Self Report Questionnaire (SRQ), Emotional Regulation Questionnaire (QRE), Communication Competence Self-Assessment Test (TACCOM) and the Quality of Life and Voice questionnaire (QVV). Questionnaires on general health conditions and isolation during the pandemic were also used. Data were statistically analyzed and the significance level considered was 5%. The sample consisted of 466 participants with a mean age of 29.24 years old. It was noted that social isolation can impact mental health and communication during the first few months of confinement. The presence of minor psychiatric disorders was tracked in most of the sample, participants reported feeling depressed, anxious and sad, and the continuity of the pandemic intensified the presence of these symptoms. It was also found that female practiced more self-medication, used more medication to prevent COVID-19, had greater impairment in mental health and were in social isolation more frequently than male. In addition, it was found that the group of students were more likely to have mental disorders, and teachers had better communicative performance

KEYWORDS: Social isolation; COVID-19; pandemic; mental health; self-medication; communication.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Na cidade de Wuhan, em 2019, surgiram os primeiros casos de uma pneumonia severa, onde inicialmente o agente etiológico era desconhecido (Guan et al., 2020; Güner, Hasanoğlu & Aktaş, 2020). Em janeiro de 2020, o Sars-Cov-2 foi isolado e identificado como o agente viral responsável por essa pneumonia (Güner et al., 2020).

A patologia causada por esse vírus foi denominada doença do coronavírus que surgiu em 2019 - COVID-19 (Guan et al., 2020; Güner et al., 2020). Essa patologia pode acarretar em quadros assintomáticos, leves (como tosse e coriza) a sintomas que podem comprometer a vida (Guan et al., 2020).

Desde os primeiros casos na China se observou que essa doença tinha uma alta transmissibilidade (Zheng et al., 2020). A COVID-19 rapidamente se espalhou para outras províncias chinesas, chegou a números alarmantes de casos na Europa, América, Ásia e África (Souto, 2020).

A Pandemia de COVID-19 foi declarada em março de 2020 e o número de casos ainda cresce pelo mundo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020a; 2021a). Até novembro de 2021 foram registrados aproximadamente 247 milhões de casos e mais de 5 milhões de mortes pela COVID-19 em cerca de 220 países (OMS, 2021a).

Houve avanços na terapia anti-COVID-19, porém não há tratamento farmacológico definitivo ou preventivo para essa infecção viral (Malik et al., 2020; Lamberghii & Testai, 2021). Essa situação ajuda a difundir a desinformação sobre medicamentos na mídia, sobretudo nas redes sociais, como consequência promove a confusão, pânico e aumenta a prática da automedicação. Tal prática inclui remédios caseiros, sem segurança estabelecida e eficácia, e pode levar a presença de efeitos colaterais com consequente prejuízos à saúde e as atividades de vida diária (Malik et al., 2020).

Desde a propagação em massa do vírus buscou-se desenvolver vacinas para prevenção da COVID-19. Mais de 200 vacinas estão sendo desenvolvidas e/ou testadas, e sete diferentes tipos estão disponíveis para serem aplicadas na população mundial (Sharma et al., 2020; OMS, 2021b). Em outubro de 2021, aproximadamente 118 milhões de brasileiros haviam recebido duas doses das vacinas contra a COVID-19, e há uma tendência de queda no número de casos novos (OMS, 2021a).

Diante desse cenário, a principal forma de enfrentamento, desde o início da pandemia, tem sido a adoção de medidas não farmacológicas, principalmente as individuais, como higienização das mãos e uso de máscaras, e comunitárias, como o distanciamento social (Garcia, 2020; OMS, 2020b). As medidas comunitárias são estratégias clássicas de saúde pública utilizadas para conter as epidemias do aparelho respiratório, como o distanciamento social, isolamento, quarentena e *lockdown* (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Embora os termos, distanciamento social, isolamento e isolamento social, tenham sido compreendidos como sinônimos, tratam-se de situações distintas (Bezerra et al., 2020). O distanciamento social envolve ações para minimizar as interações entre a comunidade (por exemplo: o fechamento de escolas e bares), o isolamento está relacionado a separação das pessoas sabidamente infectadas das não infectadas (Wilder-Smith & Freedman, 2020). E o isolamento social refere-se ao ato do indivíduo se isolar do convívio da sociedade, com redução das atividades sociais e de lazer, mas que não está obrigatoriamente relacionado ao fechamento de estabelecimentos (Machielse & Duyndam, 2020).

Os estudos sobre a adoção de medidas de saúde pública na pandemia de COVID-19 mostraram efeitos positivos no controle da transmissão dessa doença (Jüni et al., 2020; Pan et al., 2020; Sjödin et al., 2020). Uma revisão composta por 29 estudos destacou que a implementação precoce da quarentena e uma combinação dessa com outras medidas de saúde

pública são importantes para garantir sua efetividade na redução do número de casos (Nussbaumer-Streit et al, 2020).

Estudo italiano, reforça esse aspecto, ao sugerir que o grau de adesão a quarentena deve ser muito alto para impactar na redução da transmissão (Sjödín et al., 2020). Sabe-se, também que países como a China e Itália conseguiram, durante a primeira onda, controlar a transmissão da COVID-19 por meio de métodos comunitários como a quarentena (Sjödín et al., 2020)

Pesquisadores de todo mundo buscam compreender melhor sobre a influência da pandemia de COVID-19 e as medidas de restrição sociais na saúde mental (Roma, et al., 2020; Wang et. al., 2020; Fancourt et al., 2020; Garvey et al., 2021). Essas pesquisas apontaram a presença significativa de ansiedade, estresse, depressão entre outros sintomas durante a adoção dessas medidas (Fancourt et al., 2020; Wang et al., 2020).

Foi observado que crianças e adolescentes estão mais sujeitos a desenvolverem depressão e ansiedade durante e após o isolamento forçado (Loades et al., 2020). E a continuidade desse isolamento poderia intensificar esses sintomas (Loades et al., 2020). Também, foi verificado que mulheres em confinamento restrito podem apresentar maiores níveis de ansiedade (Garvey et al., 2021).

Além disso, categorias profissionais relacionadas ao ensino tiveram que se adaptar ao *homeoffice* durante a pandemia. E pesquisas sobre essa população já apontam o sofrimento psicológico em professores associados ao trabalho remoto (Gomes et al., 2021). Essa alteração na forma de trabalho, que é consequência das medidas de restrição social, estaria relacionada ao surgimento de sintomas vocais e implicações sobre a comunicação (Leão et al., 2021; Nerm et al., 2021; Siqueira et al., 2021).

Percebe-se que as intervenções de saúde pública, com alterações de rotina e promoção do distanciamento social estão associados com a redução de casos da COVID-19 (Jüni et al.,

2020; Pan et al., 2020). Entretanto, a adoção dessas medidas leva os indivíduos a ficarem confinados em casa e em isolamento social, o que poderia resultar em prejuízos na saúde mental diminuição da procura dos serviços de saúde para outros tipos de demanda, o que favorece a automedicação, além de um reflexo importante na comunicação cotidiana (Kato et al.,2020). Nesse contexto, percebe-se a necessidade de compreender sobre o impacto dessas situações na comunidade, e dessa forma, minimizar ou até mesmo sanar tais repercussões negativas diante da imposição de restrições sociais.

O presente estudo possibilitará conhecer sobre o impacto do isolamento social, na saúde mental e automedicação, bem como sobre a performance comunicativa na comunidade acadêmica, ao longo do tempo. E, por assim, demonstrar sobre os aspectos investigados em diferentes momentos da pandemia na comunidade acadêmica.

As investigações aqui realizadas poderão contribuir com a escolha de políticas públicas e demais medidas a serem adotadas pelos serviços de saúde nos cuidados na saúde mental, frente a uma pandemia como a da COVID-19, e ainda os reflexos desta. Também auxiliará na compreensão dos níveis de automedicação da comunidade acadêmica, principalmente voltados para prevenção e tratamento de COVID-19 e/ ou de sintomas psiquiátricos. Este último aspecto poderá auxiliar no desenvolvimento de medidas socioeducativas para o uso racional e seguro dos medicamentos, especialmente diante de surtos epidemiológicos.

Além disso, este estudo permitirá conhecer sobre a performance comunicativa e também compreender sobre o impacto na qualidade de vida relacionada à voz durante o isolamento social promovido pela pandemia da COVID-19. Com base nesses conhecimentos, fonoaudiólogos e demais profissionais empenhados em aperfeiçoar a comunicação e os aspectos vocais poderão adotar medidas para minimizar ou aperfeiçoar o desempenho vocal e comunicativo em períodos de isolamento social.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

COVID-19

Epidemiologia

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei na China, começaram a surgir casos de uma doença respiratória aguda atípica, caracterizada inicialmente por febre, dispneia, coriza, dor de cabeça e pneumonia (Huang et al., 2019; Li et al., 2020; Zhou et al., 2020). Análises identificaram o agente causador de tais sintomas, e essa doença respiratória foi denominada de doença do coronavírus 2019, a COVID-19 (Guan et al., 2020; Güner et al., 2020).

Os primeiros casos de COVID-19 estavam epidemiologicamente ligados ao mercado de frutos do mar, e por isso se defendia a natureza zoonótica dessa patologia (Yuki et al., 2020; Zhou et al., 2020). Essa doença rapidamente se espalhou por outras regiões chinesas e do mundo. A Itália foi um país atingido substancialmente, com alta taxa de letalidade entre os acometidos (Onder et al., 2020; Yuki et al., 2020).

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto de COVID-19 como emergência de saúde pública de âmbito internacional, o mais alto nível de alerta da Organização (OMS, 2020a).

Com o avanço dos casos em escala global, em março de 2020 foi anunciada a pandemia de COVID-19 (OMS, 2020a). A pandemia segue em 2021 e, em outubro desse ano, mais de 220 países tinham registros dessa doença, o maior número de casos foi catalogado nos Estados Unidos da América, Índia e Brasil (OMS, 2021a). A quantidade de infectados no mundo ultrapassou os 245 milhões de pessoas e mais de 5 milhões morreram devido a COVID-19 (OMS, 2021a).

No Brasil, entre os meses de julho a setembro de 2020, observou-se um grande número de casos, com posterior queda no número de casos novos por semana. Os primeiros

meses de 2021 foram marcados por alto número de casos novos, com elevada ocupação das UTIs em diversos estados (Nota técnica, 2021). Em outubro de 2021, ocorreu uma queda no número de casos novos, e o Brasil atingiu 21,8 milhões de casos e 607 mil mortes por essa doença (OMS, 2021a)

Evidências demonstram que a taxa de mortalidade dessa patologia pode diferir significativamente entre as regiões geográficas (Pachetti et al., 2020). Também, verificou-se que, no início do surto, o número de casos era maior entre os idosos, e não se observou diferenças de prevalência com relação ao sexo (Chen et al., 2020; Yuki et al., 2020).

Agente Etiológico

O agente viral causador dessa doença respiratória aguda foi isolado, sequenciado e identificado como um novo beta-coronavírus envelopado denominado de coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-Cov-2) (Lu et al. 2020; Zhou et al., 2020; Zhu et al., 2020).

Inicialmente chamado de novo coronavírus, o SARS-Cov-2, recebeu esta nomenclatura devido a sua similaridade filogenética com o vírus da SARS-Cov (Jaimes et al., 2020). Já foram identificados sete coronavírus humanos (HCoV): HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV, MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o SARS-Cov-2 (Zhu et al., 2020, OMS, 2020a). Este último foi o patógeno responsável pela síndrome respiratória aguda de alta mortalidade que ocorreu entre os anos de 2002 e 2003 (Ksiazek, 2003, Zhu et al., 2020)

O SARS-Cov-2 pertence à linhagem B dos beta-coronavírus, subgênero Sarbecovírus, possui um RNA de fita simples de sentido positivo rodeado por envelope (Han et al., 2020). E apresenta uma particularidade comparado aos outros coronavírus, relacionada ao local de clivagem na proteína estrutural (proteína *spike*), que proporciona uma eficiente patogenicidade na população humana (Coutarda et al., 2020).

A análise filogenética das suas primeiras cepas apontou uma relação com o coronavírus provenientes de morcegos (BatCoV RaTG13) (Zhou et al., 2020). Diante disso, acredita-se que esses animais possam estar relacionados a origem da COVID-19 entre humanos (Zhou et al., 2020). Porém, é provável que exista um hospedeiro intermediário, entre os humanos e os morcegos (Han et al., 2020). Suspeita-se que um dos hospedeiros intermediários sejam os Pangolis malaios (*Manis javanica*), uma vez que pesquisadores encontraram alta similaridade genética entre o coronavírus de pangolis e o SARS-Cov-2 (Wong et al., 2020). No entanto, não há evidências suficientes que confirmem tal ligação até o momento (Wong et L., 2020; OMS, 2021c).

Os Vírus de RNA, como o SARS-Cov-2, tem alta taxa de mutação e a capacidade mutagênica do vírus depende de vários fatores (Pachetti et al., 2020).

Essa taxa de mutação impulsiona a evolução viral e a variabilidade do genoma impossibilita que o hospedeiro desenvolva imunidade. Ademais, esses fatores contribuem para que o vírus desenvolva resistência aos medicamentos (Pachetti et al., 2020).

Achados ainda em 2020 sugeriam a evolução do SARS-COV-2, e que as cepas européias, norte-americana e asiática, poderiam co-existir, cada uma caracterizada por mutações diferentes (Pachetti et al., 2020).

Em 2021 houve a circulação global de amplo número de variantes, o que levou a OMS a classificá-las em variantes de preocupação (VOC) e de interesse (VOI) (OMS, 2021d). As de preocupação estão relacionadas ao aumento da transmissibilidade ou alteração prejudicial na epidemiologia da COVID-19, aumento da virulência ou mudança na apresentação clínica da doença; diminuição da eficácia das medidas sociais e de saúde pública ou diagnósticos, vacinas e terapias disponíveis (OMS, 2021d). Foram classificadas como VOC as variantes: alfa (B.1.1.7), Beta (B.1.351), gama (P.1), Delta (B.1.617.2) e a Ómicron (B.1.1 529) (OMS, 2021d).

Por outro lado, é considerada como uma variante de interesse se, em comparação com a variante original, seu genoma contiver mutações que alterem o fenótipo do vírus e se: tiver sido identificada como causadora de transmissão comunitária, de agrupamentos de casos ou casos múltiplos de COVID-19, tiver sido detectada em vários países; ou ser de outra forma avaliada como uma VOI pela OMS em consulta com o Grupo de Trabalho de Evolução do Vírus SARS-CoV-2 (OMS, 2022). Foram frequentemente classificadas como variantes de interesse a Lambda (Linhagem C.37) e Variante Mu (B.1.621) (OMS, 2022).

Pode haver uma reclassificação das variantes, caso a mesma deixe de apresentar risco a saúde pública global em comparação com outras variantes do SARS-COV-2 (OMS, 2022).

Patofisiologia

Os sintomas dos pacientes infectados pela COVID-19 são heterogêneos, podem surgir desde sintomas leves até a insuficiência respiratória grave com falhas de múltiplos órgãos (Wiersinga et al., 2020).

Os principais sintomas são: febre, cansaço e tosse seca (OMS, 2021e). Também podem estar presentes outros sintomas, como congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés (OMS, 2021e). Casos graves de COVID-19 tem sido associado a doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças respiratórias e neoplasias (Chen, 2020).

A transmissão da COVID-19 ocorre através do contato com os vírus presentes nas gotículas expelidas pelas vias aéreas do infectado (Wiersinga et al., 2020). Os assintomáticos, os pré-sintomáticos e os sintomáticos podem transmitir essa doença (Wiersinga et al., 2020). Estima-se que entre 48 a 62% da transmissão ocorra através de portadores pré-sintomáticos (Ganyani et al., 2020). O período de incubação, que trata do contato com o vírus até o aparecimento dos primeiros sintomas, é de 5,2 dias (Yuki et al., 2020).

Essa transmissão pode ser direta, onde há o contato direto das gotículas contendo o vírus, que podem ser inaladas ou atingir diretamente a boca, nariz ou olhos de pessoas em contato próximo (Peng et al., 2020). Ou indireta, quando essas gotículas são depositadas em objetos e posteriormente entram em contato com os olhos, nariz e boca (Peng et al., 2020). Pode ocorrer propagação por meio de aerossol, no entanto, o papel desse na transmissão em humanos permanece desconhecido (Wiersinga et al., 2020).

O SARS-Cov-2 ao entrar em um organismo sadio, irá penetrar nas suas células, e então, libertará seu material genético (ácido ribonucleico - RNA) e ocorrerá a replicação viral (Wiersinga et al., 2020). Quando as partículas virais produzidas pela célula hospedeira estiverem maduras, novos vírus serão liberados (Wiersinga et al., 2020).

Assim como ocorre para o SARS-Cov, o Sars-Cov-2 usa como receptor celular a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA 2) (Letko et al., 2020; Li et al., 2003). Em virtude da angiotensina II (produto de degradação da ECA 2) ser importante na patogênese da falha severa dos pulmões após infecção viral, a gravidade do vírus está relacionada com a maturidade e capacidade de ligação com a ECA (Kai & Kai 2020; Gao et. al., 2020).

Pesquisadores acreditam que uma menor expressão de ECA 2 e uma ligação mais fraca desse vírus com essa enzima, poderia levar ao surgimento de infectados sem manifestações clínicas da doença (Gao et al., 2020). Além das células pulmonares, o SARS-Cov-2, também pode invadir as células cardíacas, renais, sistema gastrointestinal e outros sistemas (Tsang, et al., 2020). A expressão de ECA 2 é maior no coração, pulmão, fígado, rins e bexiga (Zou et. al., 2020).

A progressão da COVID-19 pode ser dividida nas fases: inicial (fase envolvendo a replicação viral e sintomas leves), pulmonar (fase envolvendo a estimulação da imunidade adaptativa e predomínio dos sintomas respiratórios) e hiperinflação (fase envolvendo condições hiper inflamatórias, como a síndrome do desconforto respiratório agudo - SDRA)

(Tsang et al., 2020). Reconhecer essas fases é importante na tomada de decisão e manejo clínico (Tsang et al., 2020).

Diagnóstico

O diagnóstico da COVID-19 geralmente é baseado no teste de reação de cadeia de polimerase (PCR) do SARS-Cov-2 (Zhai et al., 2020). Este teste é realizado por meio de amostras obtidas da via nasal e/ou oral, e sua sensibilidade varia de acordo com o tempo decorrido do contato com o vírus (Zhai et al., 2020; Goudouris, 2021).

Também há testes sorológicos, que detectam anticorpos, na COVID-19 os anticorpos da classe IgM aparecem, aproximadamente, 7 dias do início dos sintomas. Já os da classe IgG surgem cerca de duas semanas após o contágio (Fiocruz, 2020).

Outros métodos também devem ser utilizados no diagnóstico dessa patologia, como história epidemiológica, achados clínicos, outros testes laboratoriais e exames de imagem (Goudouris, 2021).

Tratamento

A estratégia de tratamento para COVID-19 diverge entre as regiões do mundo (Tsang et al., 2020). Baseada em evidência científica, essas estratégias são adotadas seguindo diretrizes estabelecidas por muitos países e conselhos profissionais (Wiersinga et al., 2020).

Os tratamentos farmacológicos para a COVID-19 objetivam a prevenção da infecção, replicação viral, minimização da inflamação e gestão de sintomas de insuficiência respiratória (Saunders & Davi, 2021).

As seguintes classes de medicamentos estão sendo/foram avaliadas ou desenvolvidas para combater a COVID-19: imunoglobulinas (REGN-CoV-2), imunomoduladores (tocilizumabe e sarilumabe), antivirais (remdesivir), anti-inflamatórios não esteroidais (AINES, dexametasona e estatinas), anticoagulantes (heparina), antifibróticos (inibidores da

tirosina quinase), antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina), antiparasitários (ivermectina), antibiótico (azitromicina).

Mais de 200 ensaios clínicos foram realizados sobre os efeitos da cloroquina/hidroxicloroquina. A cloroquina é um antimalárico, utilizado, também em doenças auto-imunes. Ensaios *in-vitro* demonstraram que esse fármaco pode interferir na entrada e endocitose do vírus (Vicent et al., 2005). A cloroquina tem um efeito antiviral e uma capacidade de imunomodulação (Wang et al., 2020). Entretanto, estudos realizados em pacientes de COVID-19 não conseguiram demonstrar efeitos clínicos benéfico de forma significativa (Geleris et al., 2020; Rosenberg et al., 2020)

Ademais, estudos foram realizados analisando os efeitos da associação da hidroxicloroquina com azitromicina (Rosenberg et al., 2020; Gautret et al., 2020; Cavalcanti et al., 2020). Estudo brasileiro multicêntrico randomizado realizado com 667 pacientes hospitalizados, no qual não se observou diferença significativa entre o tratamento padrão, hidroxicloroquina sozinha ou hidroxicloroquina associada a azitromicina (Cavalcanti et al., 2020).

Outro fármaco amplamente estudado para o tratamento da COVID-19 é a ivermectina, aprovada pela agencia reguladora americana *Food and drug Administration* (FDA) como antiparasitário. Esses estudos foram alavancados principalmente devido a pesquisa australiana, a qual revelou a ação da ivermectina na redução da replicação do SARS-Cov-2 “in vitro” (Caly et al., 2020)

Outras pesquisas foram realizadas buscando demonstrar a efetividade desse fármaco no tratamento da COVID-19 (Di Nicolantonio et al., 2020; Heidary & Gharebaghi, 2020; Jans & Wagstaff, 2020 Khan et al., 2020; Pott-Junior et al., 2021). No entanto, não há consenso sobre os efeitos clínicos da ivermectina nessa patologia, e sua indicação terapêutica para tratamento da COVID-19 continua sendo considerada controversa.

A agência de vigilância sanitária do Brasil (ANVISA), até o momento, aprovou cinco medicamentos para o tratamento da COVID-19, sendo quatro deles para uso emergencial (REGN-CoV-2, associação dos anticorpos banlanivimabe e etesevimabe, Regkirona – regdanvimabe – e Sotrovimabe (ANVISA, 2021a, b, c).

O Remdesivir é um antiviral que foi aprovado para uso em casos de COVID-19 e teve seu registro autorizado pela Anvisa (ANVISA, 2021a). Esse fármaco tem ampla atividade viral, inclusive contra o SARS-Cov-1. Estudo randomizado placebo controlado demonstrou uma recuperação mais rápida para a queles que utilizavam o Remdesivir, embora não houvesse diferença estatisticamente significativa na mortalidade (Beigel et al., 2020).

Por outro lado, no estudo sobre o REGN-CoV-2, as pessoas que receberam este medicamento, que é um coquetel de anticorpos, demonstraram uma carga viral significativamente menor quando comparado aos que receberam placebo (Weinreich et al., 2020).

A associação dos anticorpos banlanivimabe e etesevimabe, combinação de dois anticorpos monoclonais que atuam sobre a proteína *spike*, é indicada para o tratamento da COVID-19 nas formas leve e moderada. Dados “*in vitro*” demonstram que a variante P1 seja resistente aos anticorpos banlanivimabe e etesivimabe, no entanto, não há dados clínicos sobre a resistência (Ministério da saúde, 2021a).

O Regkirona (regdanvimabe) também se trata de anticorpo monoclonal aprovado para uso emergencial no tratamento da COVID-19. Esse medicamento é indicado para casos leves a moderado em pacientes adultos que não necessitam de suplementação de oxigênio e que apresentam alto risco de progressão para a forma grave dessa enfermidade (ANVISA, 2021b).

Assim como os outros anticorpos monoclonais, o Sotrovimabe também atua sobre a proteína *spike* do Sars-CoV-2 e é projetado para bloquear a ligação do vírus e a sua entrada

nas células humanas. Este medicamento é indicado para casos de COVID-19 moderado a grave, com uso restrito a hospitais (ANVISA, 2021c).

Proflaxia

Apesar dos avanços na terapia farmacológica e no desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19, em maio de 2021, ainda é crescente o número de casos dessa patologia pelo mundo (OMS, 2021a).

Diante da gravidade da pandemia de COVID-19, instituições de diversos países estabeleceram diretrizes de prevenção baseado em evidência (Plohl & Musil, 2021). E as medidas clássicas de saúde pública para conter epidemias do aparelho respiratório, como isolamento, quarentena e *lockdown*, tem sido implementadas (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Adicionalmente a essas estratégias, outras medidas não farmacológicas têm sido estimuladas pelas autoridades em saúde, como medidas de higiene e etiqueta respiratória (Coltart & Collet-Fenson, 2021). Atualmente, a OMS recomenda também a utilização de máscaras faciais no combate a transmissão desse vírus (OMS, 2021e).

Pela característica subjetivada das medidas não farmacológica, não é possível quantificar a real contribuição de cada uma na contenção da transmissão, e defende-se que essas estratégias de prevenção devem ser adotadas em conjunto para serem efetivas (Coltart & Collet-Fenson, 2021).

Além dessas estratégias de contenção da propagação do SARS-COV-2, inclui-se a vacinação contra a COVID-19, que atualmente é considerada um elemento-chave na contenção dessa pandemia (Organização Panamericana da Saúde, 2021).

Medidas de saúde pública para contenção da transmissão de COVID-19

As medidas de saúde pública objetivam evitar a transmissão da doença de pessoa para pessoa (Wilder-Smith & Freedman, 2020). E dentre essas estão, a quarentena, o isolamento, distanciamento social, e *lockdown* (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

A quarentena é a restrição da movimentação ou separação de pessoas que, presumivelmente, foram expostas a certa doença, mas que ainda não apresentaram sintomas (Wilder-Smith & Freedman, 2020). A quarentena pode ser individual ou em grupo (Cetron, Landwirth, 2020).

Já o isolamento refere-se à separação das pessoas infectadas das não infectadas, e tem por objetivo interromper a transmissão da doença para os indivíduos sadios (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Essa medida tem sido eficaz em doenças com alta transmissibilidade (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Com relação a COVID-19, estudos apontam que há a transmissão durante o período de incubação, e isso limitaria a efetividade do isolamento na contenção dessa doença (Aquino et al., 2020).

O distanciamento social engloba ações projetadas para reduzir as interações entre a comunidade, envolve indivíduos infectados ou não (Wilder-Smith & Freedman, 2020). São exemplos de distanciamento social: o fechamento de estabelecimentos comerciais e de escolas, com a finalidade de reduzir as aglomerações (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Na transmissão de doenças respiratórias, como a COVID-19, o distanciamento social é, particularmente, importante quando as medidas de isolamento dos infectados não são suficientes para conter a transmissão (Aquino et al., 2020).

No Brasil, o distanciamento social foi compreendido pela população e pela mídia como sinônimo de isolamento social (Bezerra, Silva, Soares & Silva, 2020). Porém, o termo isolamento social, se refere ao ato do indivíduo se isolar do convívio da sociedade, com redução das atividades sociais e de lazer, mas que não necessariamente estaria relacionado ao fechamento de estabelecimentos (Machielse & Duyndam, 2020).

Autoridades governamentais, a mídia e instituições de ensino superior estimulam as pessoas a permanecerem em suas casas, em isolamento social, durante a pandemia (Governo do Paraná, 2020; Universidade Federal do Amazonas, 2020). Além disso, esse tipo de isolamento surgiria como uma estratégia para conter a disseminação da COVID-19 (Dias et al., 2020).

No caso onde medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social não são suficientes para promover a redução da transmissão da doença, são adotadas medidas de maior restrição a população, como o *lockdown*, ou bloqueio total (Aquino et al., 2020). Esta medida pode ser imposta a uma comunidade, cidade ou região, e visa restringir a circulação das pessoas. Durante a adoção do *lockdown* as pessoas devem ficar confinadas, e sair desse confinamento apenas para atividades essenciais, como compra de alimentos ou urgências (Aquino et al., 2020).

Estudos fortalecem que essas intervenções de saúde pública, como o distanciamento social e a quarentena em casa, estariam associadas com a redução na taxa de casos da COVID-19 (Jüni et al., 2020; Pan et al., 2020). Apesar desse efeito benéfico na contenção da doença, essas intervenções levam os indivíduos ficarem confinados em suas casas e em isolamento social, e isso poderia acarretar em danos à saúde mental (Kato et al., 2020).

Medidas de higiene e etiqueta respiratória

As medidas de higiene e etiqueta respiratória estão entre as estratégias não farmacológicas indicadas para reduzir a transmissão do SARS-Cov-2 (Kucharski et al., 2020; Coltart & Collet-Fenson, 2021).

A higienização frequente das mãos e o uso de desinfetantes portáteis são medidas individuais importantes para reduzir a transmissão do vírus. Para isso é recomendado lavar as mãos com água e sabão por, pelo menos, 30 segundos ou usar sanitizantes, caso não possa lavá-las (Baptista & Fernandes, 2020).

A etiqueta respiratória consiste em ações como: envolver ou cobrir o nariz e boca com o lenço ou com o braço ao tossir ou espirrar, evitar colocar as mãos sujas nos olhos, nariz e boca, manter distância mínima de um metro quando estiver tossindo espirrando, entre outras (Coltart & Collet-Fenson, 2021; MS, 2021).

Tanto as medidas de higiene quanto a etiqueta respiratória são importantes estratégias de prevenção da disseminação do vírus (MS, 2021).

Proteção facial

O uso de máscaras faciais surge como uma importante forma de contenção da transmissão do SARS-Cov-2 (Worby & Chang, 2020; Li et al., 2020). A máscara facial atua como barreira física para conter as gotículas contaminadas pelo vírus (Coltart & Collet-Fenson, 2021).

Estudos avaliaram os efeitos da máscara na contenção de transmissão da COVID-19 (Cheng et al 2020; Li et al., 2020; Wang et al., 2020; Worby & Chang, 2020). A exemplo do estudo que demonstrou que o uso de máscaras faciais pela comunidade poderia contribuir no controle da COVID-19, e reduziria a emissão das gotículas respiratórias liberadas pelo infectado (Cheng et al., 2020). Outro estudo conseguiu demonstrar uma redução da infecção pelo SARS-Cov-2 em ambiente hospitalar com uso universal de máscaras faciais (Wang et al., 2020).

Além desses, estudos de modelagem matemática trazem bons indicativos sobre a utilização de máscaras na contenção da propagação do SARS-Cov-2 (Worby & Chang, 2020; Li et al., 2020).

No início da pandemia, a utilização desse equipamento não estava entre as estratégias individuais contra a propagação da COVID-19, e esse artigo era recomendado apenas para profissionais da saúde (GÜNER, Hasanoğlu & Aktaş, 2020). Porém, atualmente, a OMS

aconselha a utilização de máscaras faciais como parte de um pacote abrangente de medidas para reduzir a propagação do SARS-Cov-2 (Recomendação nº 072, 2020).

Vacinas

Pesquisadores de todo mundo estão trabalhando para desenvolver vacinas, contra a COVID-19, que sejam seguras e eficazes. Mais de 200 vacinas estão em processo de desenvolvimento, e mais de 60 encontram-se na fase de ensaios clínicos em humanos (Sharma et al., 2020; OMS, 2021b).

Até fevereiro de 2021 ficaram disponíveis 7 diferentes vacinas contra a COVID-19 (OMS, 2021b). A eficácia dessas vacinas varia entre 50 a 95%. A Sinovac (empresa chinesa), em parceria com outros países, anunciou eficácia de 50%, 65%, 78% e 91%, a AstraZeneca anunciou eficácia de 70%, Sinopharm anunciou eficácia de 79%, Gamaleya anunciou eficácia de 92%, a Moderna tem 94,5% de eficácia e a Pfizer/BioNTech tem eficácia de 95% (Kim et al., 2021). A vacina da fabricante Johnson & Johnson, a Janssen, apresenta 77% de eficácia na prevenção de COVID-19 grave (FDA, 2021).

No Brasil, quatro tipos de vacinas contra COVID-19 estiveram disponíveis para a população, a Coronavac que é desenvolvida pelo instituto Butantan em parceria com a Sinovac, a Oxford/Astrazeneca envazada pela Fiocruz, a Pfizer/BioNTech e a Janssen, da Johnson & Johnson. Até outubro de 2021 aproximadamente 118 milhões de brasileiros haviam recebido duas doses das vacinas contra a COVID-19, desses quase dois milhões são do estado da Paraíba, o que corresponde a aproximadamente 45,43% da população desse estado (Ministério da Saúde, 2021b).

Embora as vacinas contra COVID-19 tenham passado por ensaios clínicos que garantiram sua segurança e eficácia, ainda há incógnitas acerca das mesmas, como por exemplo, a duração da imunidade e a necessidade de doses de reforço (OMS, 2021b). Dessa

forma, preconiza-se que essas vacinas sejam monitoradas e estudadas para compreender melhor acerca desses aspectos (Kim et al., 2021).

Isolamento social e saúde mental na pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 acarretou na implementação de medidas de saúde pública para conter a transmissão do SARS-Cov-2 (Razai et al., 2020). Medidas como quarentena, isolamento, distanciamento social e *lockdown*, foram implementadas de forma distinta e gradual entre os países, de acordo com sua cultura, aspectos de saúde, políticos, socioeconômico, entre outros (Aquino et al., 2020).

Estudos fortalecem que essas intervenções de saúde pública, estariam associadas com a redução na taxa de casos da COVID-19 (Jüni, et. al., 2020).

A implementação das medidas de saúde pública tem como consequência o isolamento social. Além disso, autoridades governamentais e instituições científicas também têm estimulado essa prática, no intuito de reduzir o número de infectados (Dias et al., 2020).

Embora a finalidade da adoção dessas seja conter a transmissão da COVID-19, a adoção de tais intervenções pode colocar em risco a saúde mental e emocional daqueles que a praticam (Razai et al., 2020).

Em situações de alarde a saúde pública, como em epidemias, o número de pessoas psicologicamente afetadas tende a ser maior do que a quantidade de infectados (Ornell et al., 2020).

Estudos realizados em outros momentos de surto respiratório, como o surto global da SARS em 2003, demonstraram efeitos negativos do isolamento social sobre a saúde mental (Hawryluck et al., 2004; Sim et al., 2010). A exemplo de estudo canadense, o qual apontou altos níveis de sofrimento psicológico em indivíduos sob quarentena (Hawryluck et al., 2004). Também se observou que uma quarentena mais prolongada estaria associada ao

aumento dos sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (Hawryluck et al., 2004).

Outro estudo, também sobre a SARS, verificou um impacto psicológico em pessoas não infectadas, e revelou morbidades psiquiátricas significativas associadas as pessoas mais jovens (Sim et al., 2010; Ornell et al., 2020).

Assim, devido a experiências passadas, já se previa reações comportamentais negativas durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. Tais comportamentos poderiam incluir reações de angústia, distúrbio de saúde mental e diminuição da percepção em saúde (Shigemura et al., 2020).

Também, mencionou-se que estresse, ansiedade, mau humor, medo, frustração e tédio poderiam ser precipitados pela COVID-19 e suas consequências (restrições sociais, perda de emprego, medo de contágio, dentre outros) (Raza, Oakeshott, Kankam, Galea & Stokes-Lampard, 2020).

Em pouco mais de um ano de pandemia, muitos estudos foram realizados buscando compreender melhor sobre a saúde mental daqueles que estavam em isolamento social, independentemente de estarem ou não com a COVID-19 (Roma, et al., 2020; Wang et. al., 2020; Fancourt, Steptoe & Bu, 2020; Garvey, García, Ota & Fernández, 2021; Garvey, Garcí, Franco & Fernández, 2021).

Estudo longitudinal realizado durante o *lockdown* no Reino Unido, observou que 24,4% da amostra apresentou escores indicativos de ansiedade moderada a grave e 31,4% tiveram indicativos de sintomas depressivos (Fancourt, Steptoe & Bu, 2020). Também foi destacado que houve pouca melhora na depressão e ligeira melhora na ansiedade desde o início do bloqueio. Evidenciou-se também, que os adultos com doença mental anterior a pandemia possuíam níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Fancourt, Steptoe & Bu, 2020).

Outro estudo longitudinal, realizado durante o surto inicial de COVID-19 constatou a presença de estresse moderado a grave, ansiedade, depressão e sintomas do TEPT em seus participantes. No entanto, após 4 semanas, se observou alterações significativas apenas nos níveis dos sintomas do TEPT (Wang et al., 2020).

Durante o *lockdown* italiano foi realizada pesquisa on-line sobre o sofrimento psicológico neste período, verificou-se um aumento do estresse e na depressão com esse bloqueio, mas não na ansiedade (Roma, et al., 2020). Ademais, o afeto negativo e o distanciamento foram associados a níveis mais elevados de depressão e estresse (Roma, et al., 2020).

Nesse tempo, também foram realizados estudos sobre o comportamento psicológico de universitários diante do confinamento prolongado, e se observou um impacto negativo sobre a saúde psicológica desses estudantes (Garvey et al., 2021). Ainda foi possível observar que, durante o confinamento restrito, as universitárias apresentavam níveis maiores de ansiedade do que os do sexo masculino (Garvey et al., 2021).

Estudos ainda demonstram que crianças e adolescentes estão mais sujeitos a desenvolverem depressão e ansiedade durante e após o isolamento forçado (Loades et al., 2020). E que isso poderia aumentar com a continuidade desse isolamento (Loades et al., 2020). Evidências iniciais revelaram alta prevalência de sintomas depressivos e ansiedade em adolescentes e crianças, como consequência do isolamento social, da pandemia e do estresse dos pais (Deolmi, & Pisani, 2020).

Dessa forma, os estudos demonstram que o isolamento social e a pandemia de COVID-19 estão associada a níveis significativos de sofrimento psicológico, e representam uma ameaça à saúde mental (Roma, et al., 2020; Xiong et al., 2020). Assim, além de achatar a curva de transmissão da COVID-19, a prevenção dos transtornos mentais deveria ser priorizada (Xiong et al., 2020).

Isolamento social e automedicação na pandemia de COVID-19

A automedicação pode ser definida como a prática de selecionar e utilizar medicamentos sem orientação de um profissional qualificado para tratar suas doenças ou sintomas (Pronunciamento técnico, 1988).

Essa prática promove uma maior independência no manejo de doença menores (Hughes, McElnay & Fleming, 2001). A OMS reconhece a automedicação responsável, onde o indivíduo pode se medicar para doenças menores, com o uso de medicamentos que não necessitem de prescrição, e que sejam seguros quando usados seguindo as devidas instruções (OMS, 2000). Também foram publicadas diretrizes sobre a regulamentação de produtos medicamentosos utilizados na automedicação (OMS, 2000).

Os maiores índices dessa prática têm sido observados em mulheres, pessoas que vivem sozinhas e em grandes cidades (Figueiras et al., 2000). Uma pesquisa verificou que mais de 77% dos brasileiros praticavam a automedicação. Quase metade (47%) se automedicou pelo menos uma vez por mês e 25% o faz todo dia ou pelo menos uma vez por semana (Conselho Federal de Farmácia, 2019).

A automedicação está associada a riscos, como o diagnóstico incorreto, uso de dosagem excessiva de medicamentos, tempo de uso prolongado, interações medicamentosas e polifarmácia (Hughes et al., 2000). Utilizar medicamentos sem orientação profissional é uma prática que gera preocupação global principalmente em tempos de pandemia (Malik, Tahir, Jabbar, Ahmed & Hussain, 2020).

A adoção de isolamento e de distanciamento social para contenção da pandemia, trouxe o aumento da utilização e a crescente dependência da comunicação on-line (Gomes et al., 2020). Porém, nem todo conteúdo divulgado em redes sociais e nos diversos tipos de mídia é embasado em evidências científicas (Gomes, Rocha, Viana & Bachur, 2020). A propagação de informações incorretas leva à desinformação da população e a adesão da automedicação,

surge como uma alternativa para amenização da ansiedade e medo gerados pela pandemia (Souza, Pinheiro, Porto, Costa & Dias, 2021)

As alterações psicológicas, que também podem ser promovidas pelo isolamento social, decorrentes da pandemia de COVID-19, podem prejudicar a relação da população no combate a essa infecção (Xiong et al., 2020). Nesse contexto, as pessoas buscam formas de não serem infectadas, e os medicamentos, mesmo sem eficácia comprovada, são vistos como um possível tratamento para a COVID-19 (Souza et al., 2021)

Houve aumento crescente no interesse de informações sobre automedicação durante a pandemia (Onchonga, 2020). Em países em desenvolvimento como Índia, tem sido documentada a automedicação de fármacos como cloroquina e hidroxicloroquina durante o período pandêmico (Chauhan et al., 2020). Estudo, realizado no Brasil, constatou um aumento significativo nas vendas de alguns medicamentos relacionados à COVID-19 nos três primeiros meses de 2020 (CFF, 2020).

Ainda no Brasil, houve destaque para o consumo de medicamentos conhecidos por “kit-covid”: uma combinação de medicamentos sem evidências científicas conclusivas para tratamento da COVID-19, que inclui a cloroquina ou hidroxicloroquina, associada à azitromicina, à ivermectina e à nitazoxanida, além das vitaminas C e D, e dos suplementos de zinco (Melo et al., 2021).

Devido aos altos índices de automedicação nesse país, supõe-se que o aumento na venda desses medicamentos que compõe o “kit-covid” ocorra pela prática da automedicação (Melo et al., 2021).

A automedicação responsável é considerada teoricamente benéfica em algumas situações, como em pandemias, uma vez que permite que as pessoas se tornem responsáveis pelo gerenciamento da sua saúde (Melo et al., 2021). No entanto, essa prática quando efetuada de

forma inadequada e baseada em fontes de informação pouco confiáveis, pode acarretar em sérios riscos à saúde (Melo et al., 2021).

Isolamento social, performance comunicativa e voz na pandemia de COVID-19

A nova realidade, imposta pela pandemia de COVID-19, exigiu uma reorganização de rotina (Junior et al., 2021). Houve a execução de novos rearranjos sociais e organizacionais para adaptação a modalidade a distância (Junior et al., 2021). Essa nova realidade social impactou diretamente sobre os aspectos da comunicação, e foram consolidadas as formas de comunicação a distância, principalmente através da internet (Junior et al., 2021).

As rotinas e as relações de trabalho, de forma geral, foram alteradas, com destaque para a prática do teletrabalho ou *homeoffice* (Brant & Mourão, 2020). E até as instituições de ensino substituíram as aulas presenciais por aulas virtuais com atividades remotas (Junior & Monteiro, 2020).

Os profissionais de ensino, que utilizam a voz como principal forma de comunicação, já se queixam de sintomas vocais diante dessa nova realidade de trabalho. Dentre as queixas estão, garganta seca, tosse seca, rouquidão e falta de ar (Leão et al., 2021).

Estudos sobre os aspectos de voz e comunicação foram realizados durante a pandemia, buscando compreender sobre o uso profissional da voz nesse período de distanciamento ou isolamento social, associações entre sintomas psicológicos e aspectos vocais, bem como sobre a comunicação e o uso de máscaras faciais (Besser et al., 2020; Siqueira et. al., 2020; Ong et al., 2020; Rosner, 2020; Nerm et. al., 2021).

Pesquisadores israelenses investigaram o estresse psicológico e sintomas vocais em professores universitários, durante o período de transição das aulas presenciais para o ensino on-line (Besser et al., 2020). Os resultados dessa pesquisa demonstraram níveis mais elevados de estresse psicológico em comparação a outros momentos do ensino presencial.

Também, foi possível associar esse estresse psicológico a níveis elevados de sintomas vocais (Besser et al., 2020).

Pesquisa sobre a autopercepção da voz e comunicação de professores brasileiros, verificou a presença de sintomas como, garganta seca, esforço para realizar as aulas virtuais e rouquidão. Por outro lado, 30% dos professores indicaram uma melhora da voz no período de pandemia ao comparar com o período anterior (Nerm et. al., 2021).

Estudo sobre o *homeoffice* e os aspectos vocais revelaram que os trabalhadores que tiveram que migrar seu ambiente de trabalho para suas residências, durante a pandemia de COVID-19, apresentaram risco de desenvolver distúrbios vocais (Siqueira et al., 2021). Outro estudo, também realizado durante a pandemia de COVID-19, relatou um aumento na disфонia e no desconforto do trato vocal nos indivíduos que migraram para o *homeoffice*, e defenderam um treinamento vocal para minimizar possíveis prejuízos nesses aspectos (Kenny, 2020).

Acredita-se que o *homeoffice* pode implicar em ampliação do ruído o que demandaria um aumento da intensidade da voz, e poderia trazer consequências negativas sobre a mesma (Siqueira et al., 2021). Além do ruído, outros potenciais fatores podem influenciar na comunicação e voz durante essa nova realidade de trabalho, como por exemplo, duração de jornada de trabalho e os tipos de recursos audiovisuais utilizados (Kenny, 2020, Johns-Fiedler & van Mersbergen, 2015).

Ademais, esses profissionais geralmente não recebem orientações sobre a melhor forma de se comunicar, principalmente considerando os aspectos vocais diante do *homeoffice*. E horas de conversações ou ensino via videoconferências demandaria adaptações ergonômicas que podem repercutir na voz e na performance comunicativa (Siqueira et al., 2021). Essas adaptações quando inadequadas podem resultar em dores musculoesqueléticas e

em sintomas vocais (Zambon et al., 2017; Da Silva, Siqueira & Ribeiro, 2016; Siqueira et al., 2021).

Assim como as novas adaptações na comunicação em virtude do distanciamento social, a utilização de máscaras foi outro hábito que interferiu na forma de se comunicar (Cabral, 2020).

Reforça-se que esse artigo de proteção esconde as expressões faciais, principalmente as geradas pelos órgãos fonoarticulatórios, atenuam a intensidade da fala e pode levar ao esforço vocal (Cabral, 2020; Knollman-Porter & Burshnic, 2020).

Pesquisadores destacam que o uso obrigatório de máscaras pelos profissionais de saúde, durante a pandemia, acarreta numa barreira adicional na comunicação, principalmente para idosos com problemas cognitivos e/ou de comunicação (Knollman-Porter & Burshnic, 2020). Estudo demonstrou a prevalência de problemas vocais nesses profissionais, e que tais problemas de voz poderiam estar associado ao uso de máscaras (Heider et al., 2021).

Semelhante as medidas de distanciamento social e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), a própria COVID-19 pode implicar no surgimento de disфонia ou problemas de voz secundários a intubação (Contreras-Ruston et. al., 2020; Lechien et. Al., 2020).

Percebe-se um impacto na comunicação, resultante tanto das medidas de contenção da transmissão, quanto da COVID-19 em si (Besser et al., 2020; Lechien et. al., 2020; Heider et al., 2021). As novas condições de comunicação exigem novos recursos adaptativos para facilitar a compreensão, em especial, a ampliação das expressões faciais e também a intensidade da voz (Cabral, 2020).

Embora nem sempre o indivíduo se queixe de sintomas vocais, diante dessa nova forma de se comunicar, orientações sobre o desempenho da voz poderiam melhorar a performance comunicativa e proporcionaria um conforto vocal. Tais atitudes impactariam não apenas sobre a voz e comunicação, mas também na qualidade de vida (Nerm et. al., 2021).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Verificar o impacto do isolamento social na saúde mental, automedicação, bem como sobre a performance comunicativa na comunidade acadêmica das instituições de ensino superior do Estado da Paraíba, durante diferentes momentos da pandemia de COVID-19.

Objetivos específicos

- Conhecer os aspectos gerais de saúde, automedicação, autocuidado, comunicação e isolamento social da comunidade acadêmica das instituições de ensino superior do Estado da Paraíba;
- Rastrear o surgimento de transtornos mentais menores ao longo do tempo na pandemia de COVID-19;
- Analisar a performance comunicativa e a qualidade de vida em voz em diferentes momentos da pandemia de COVID-19;
- Verificar regulação emocional em diferentes momentos da pandemia de COVID-19;
- Investigar sobre a automedicação em diferentes momentos da pandemia de COVID-19;
- Analisar a relação do isolamento social com a saúde mental, automedicação e performance comunicativa em distintos momentos da pandemia de COVID-19;
- Comparar e associar a performance comunicativa, qualidade de vida em voz, regulação emocional e os transtornos mentais menores;
- Comparar e associar os aspectos sociais – sexo, escolaridade e renda familiar –, de saúde mental e comunicativos da população estudada.

CAPÍTULO II: MÉTODOS

Considerações Ética

Os procedimentos metodológicos desta pesquisa estão em obediência à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente à ética em pesquisa envolvendo seres humanos. E foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – número do parecer: 4.241.621 (Anexo E).

Antes da coleta de dados, cada participante deveria ler e, se concordar, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Neste termo, o participante era informado sobre os objetivos, procedimentos da pesquisa, os riscos e benefícios ao participar do estudo, em seguida foi solicitado sua autorização para utilização dos seus dados nesta pesquisa científica sem que seja revelada sua identidade. Além disso, o participante foi informado da possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional longitudinal sobre o impacto do isolamento social, na saúde mental, aspectos da automedicação e sobre a comunicação, durante a pandemia de COVID-19.

Contexto

A coleta da pesquisa foi realizada em dois momentos, período de setembro/outubro de 2020 e junho/julho de 2021. O momento 1 da coleta ocorreu após 6 meses da declaração da pandemia pela OMS, tempo também decorrido do início da imposição das medidas restritivas nos municípios do estado da Paraíba (OMS, 2021a; Governo do Estado da Paraíba, 2020). Ressalta-se, que, nesse primeiro momento, as vacinas anti-COVID-19 ainda estavam em desenvolvimento, não havia tratamentos definitivos ou preventivos para essa doença.

O segundo momento de coleta, ocorreu após 8-9 meses do primeiro, e foi marcado por grande flexibilização das restrições sociais, intensas campanhas de vacinação e indicativos de redução dos casos.

A coleta de dados foi realizada por meio de protocolos a serem respondidos de forma on-line. Foram considerados “participantes em isolamento social” aqueles indivíduos que afirmaram estarem socialmente isolados

Participantes

Caracterização da amostra

A amostra foi composta pela comunidade acadêmica (alunos, professores e técnicos administrativos) das instituições de ensino superior (IES) do estado da Paraíba. O detalhe sobre o número de participantes se encontra na figura 1.

Crítérios de elegibilidade

Poderiam participar todos os alunos com matrícula vigente e funcionários ativos das instituições de ensino superior do estado da Paraíba, de ambos os sexos, sem restrição de faixa etária, docentes e técnicos administrativos (terceirizados ou não).

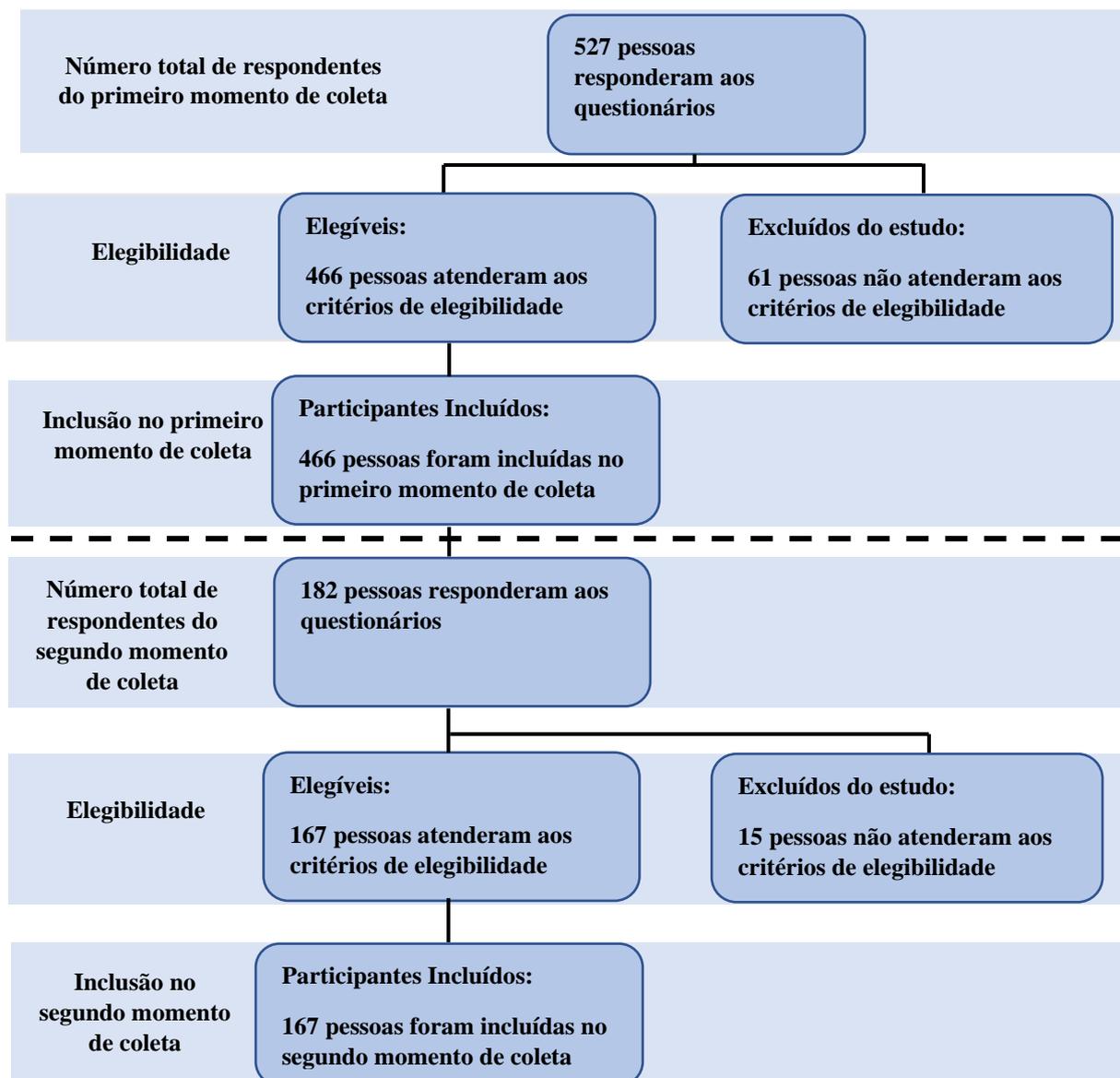
Número de participantes

No primeiro momento de coleta responderam aos questionários 527 pessoas, dessas, 61 não atenderam aos critérios de elegibilidade. Assim, nesta primeira etapa do estudo foram incluídos 466 participantes. No segundo momento de coleta 182 indivíduos responderam aos questionários, desses 7 não havia participado da primeira etapa de coleta e, 8, não estavam com matrícula ativa em instituições do ensino superior, portanto, foram excluídos 15 respondentes nessa etapa.

Por fim, no segundo momento de coleta, participaram do estudo 167 pessoas. A figura 1 expõe sobre a seleção e inclusão dos participantes.

Figura 1

Fluxograma de seleção dos participantes



Mensurações

Foram coletados dados sociodemográficos, condições de isolamento social, automedicação e aspectos da saúde mental, saúde relacionada à COVID-19 e comunicação da comunidade acadêmica, durante a pandemia de COVID-19. Além de instrumentos para verificar a regulação emocional, transtornos mentais menores e a comunicação.

Mensurações dos aspectos sociodemográficos, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19

Os dados referentes aos aspectos sociodemográficos, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19 foram coletados a

partir do Questionário I - Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19 (Apêndice B) e Questionário II - Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19 (Apêndice C). Os questionários foram elaborados pelas pesquisadoras do estudo. No questionário I foram solicitadas informações sobre dados pessoais, como sexo, escolaridade e renda familiar. Sobre as condições de isolamento foi questionado sobre o tempo que passa em casa, por quanto tempo se encontra em isolamento e o nível de socialização durante esse período. Também foram inseridas questões relacionadas à saúde e COVID-19, se o participante apresenta alguma doença crônica, se foi diagnosticado ou conhece alguém que tenha sido infectado pelo novo coronavírus, medicamentos para prevenção e tratamento dessa infecção. Sobre a saúde mental foi questionado se possuía diagnóstico de transtorno mental anterior à pandemia de COVID-19, como se sente diante das medidas que promovem o isolamento social durante a pandemia de COVID-19 e os cuidados que foram realizados sobre esse aspecto.

O questionário II - Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19-, contém as mesmas indagações do questionário I, acrescidas apenas de perguntas referente a vacinação anti-COVID-19 e sobre a perspectiva do final da pandemia.

Mensurações psicológicas

Essas medidas foram realizadas por meio das versões validadas no Brasil dos protocolos *Self-Report Questionnaire* - SRQ-20 (Anexo A) e do Questionário de regulação emocional - QRE (Anexo B).

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ) foi proposto por Harding e colaboradores (1980) e objetiva detectar a presença de sintomas, ou seja, sugere nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico.

Originalmente foi composto por 30 questões, a versão validada no Brasil do SQR-20 adotou os 20 primeiros itens do protocolo original para rastrear transtornos mentais menores

(ansiedade, depressão, distúrbios somatoformes e neurastenia) (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008). Nesta versão, os 20 itens são respondidos em escala dicotômica (sim/não) para cada uma das questões (Santos, de Araújo, de Sousa Pinho & Silva, 2010).

O cálculo desse questionário é feito a partir do somatório simples das questões positivas e o ponto de corte para a indicação de transtorno mental é a ocorrência de sete respostas positivas (Guiland, Cruz & Kaszubowski, 2018). O SRQ-20 apresenta como ponto de corte ideal 7/8, com especificidade de 89,31% e sensibilidade de 86,33%, o poder discriminante para diagnóstico médico psiquiátrico do SRQ-20 é de 0,91 (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008). Nesta pesquisa será considerado o ponto de corte único ≥ 7 para ambos os sexos, baseando-se no estudo de readequação deste ponto realizado por Gonçalves e colaboradores (2008).

O SRQ-20 foi utilizado na presente pesquisa com a finalidade de rastrear transtornos mentais menores na comunidade em estudo. Esse questionário tem caráter de triagem e é bastante adequado para estudos populacionais, considerado muito útil para uma primeira classificação e exclusão de casos de transtornos mentais não-psicóticos (Santos, de Araújo, de Sousa Pinho & Silva, 2010).

O Questionário de Regulação Emocional (QRE) foi proposto por Gross & John (2003) e a versão brasileira foi adaptada por Boian et al (2009). Com a finalidade de avaliar as diferenças individuais de dois processos de regulação emocional: a reavaliação cognitiva e a supressão emocional. O QRE é um instrumento de autorrelato composto por 10 itens, dispostos em uma escala *Likert* que varia de 1 (Discordo totalmente) a 7 (Concordo totalmente), onde 6 itens medem a estratégia "reavaliação cognitiva" e os outros quatro itens compõem o fator "supressão emocional" (Gross & John, 2003).

Escores mais altos apontam o uso mais frequente de umas dessas estratégias. Originalmente, o questionário apresenta propriedades satisfatórias com coeficiente alfa de

Cronbach's entre 0,79 (para a subescala de reavaliação cognitiva) e 0,73 (para a subescala de supressão Emocional). A Confiabilidade teste-reteste de 0,69 para ambas subescalas e análise fatorial (rotação ortogonal) sustentando uma estrutura de dois fatores (Batistoni et al., 2013). A estratégia de reavaliação cognitiva e a supressão emocional são estratégias primárias na regulação das emoções (Gross & John, 2003). A regulação cognitiva tem a finalidade de alterar a trajetória da emoção e pode reduzir o impacto comportamental e emocional negativo (Gross, 2001; Gross & John, 2003). A supressão emocional está associada a redução da expressão da emoção, sem alterar a ativação de determinada emoção (Gross, 2001; Gross & John, 2003).

A versão do QRE utilizada nesta pesquisa foi a adaptada para a população brasileira (Boian et al., 2009). O referido questionário foi adotado com o objetivo de verificar e compreender melhor sobre controle das próprias emoções na comunidade em estudo. Este questionário tem sido utilizado em diferentes contextos. Estudos apontam que o QRE apresenta bons parâmetros psicométricos com indicadores adequados ao construto, e se trata de uma ferramenta promissora medir a regulação emocional com adolescentes e jovens adultos (Melka, Lancaster, Bryant & Rodriguez, 2011; Eldeleklioglu & Eroglu, 2015; Golveia et al., 2018).

Comunicação e aspectos vocais

Para a avaliação da comunicação, foi utilizado o Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação – TACCOM – (Anexo C) e para verificar os aspectos vocais relativos à qualidade de vida foi utilizado o questionário Qualidade de vida e Voz – QVV, versão validade a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI) (Anexo D).

O TACCOM é um questionário de autoavaliação da competência comunicativa produzido por Behlau (2002). Esse protocolo possibilita compreender sobre o padrão de comunicação dos respondentes, bem como, identificar quais itens deverão ser abordados em

um programa de intervenção (Ribeiro, 2020). O TACCOM foi utilizado na presente pesquisa, com a finalidade de analisar a competência comunicativa dos participantes durante a pandemia de COVID-19.

A versão utilizada nesse estudo é composta por 20 questões, 10 perguntas referentes a habilidade de falar e 10 sobre a habilidade de escutar, e é possível 4 tipos de resposta: “Sim”, “Mais ou menos”, “Não sei”, e “Sei”. A resposta “Sim” indica um aspecto positivo; “Mais ou menos” é uma oportunidade para investir; “Não” é um convite para modificar urgentemente o tópico em questão e, finalmente, “Não sei” requer que reflita a respeito do que foi questionado (Behlau, 2012). Os bons comunicadores devem apresentar 16 respostas “Sim” ou mais (Behalu, 2014).

O *Voice-Related Quality of Life* (V-RQOL) é um instrumento de autoavaliação vocal que mensura o impacto na qualidade de vida relacionado ao problema de voz, e possibilita compreender melhor como um problema vocal pode interferir nas atividades de vida diária. Esse protocolo foi inicialmente desenvolvido no inglês americano por Hogikyan & Sethuraman (1999). Posteriormente, o V-RQOL foi traduzido e adaptado para o português brasileiro por Gasparini & Behlau (2009), onde foi denominado de protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV).

O presente estudo utilizou este protocolo para verificar a qualidade de vida relacionada à voz na comunidade acadêmica. A versão do QVV utilizada nesse estudo foi a validada a partir do TRI, com estrutura unifatorial composta por 10 itens com chave de resposta dicotômica (sim/não) (Almeida, Behlau, Ramos & Almeida, 2020).

O escore é calculado a partir dos valores dos parâmetros “dificuldade” e “discriminação” da TRI, realizado por meio do aplicativo SelfVox. O ponto de corte é 0,80, ou seja, indivíduos com valores acima desse tem indicação de disfonia (Almeida, Behlau, Ramos & Almeida, 2020).

Procedimentos

A coleta de dados ocorreu em dois distintos momentos da pandemia de COVID-19.

No primeiro momento os voluntários foram convidados a participar desta pesquisa por meios de comunicações virtuais (e-mail, aplicativos de mensagens ou redes sociais) e foi realizada uma entrevista a partir dos questionários (Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19, SRQ-20, QRE, TACCOM e QVV) que foram respondidos de forma on-line na plataforma *Google Forms*.

O contato com os questionários ocorreu através de um link enviado pelos meios de comunicações referidos anteriormente. Ao acessar o link, o voluntário foi direcionado ao formulário on-line na plataforma *Google Forms* contendo o TCLE, e deveriam clicar em “de acordo”, a fim de autorizar formalmente a sua participação na pesquisa.

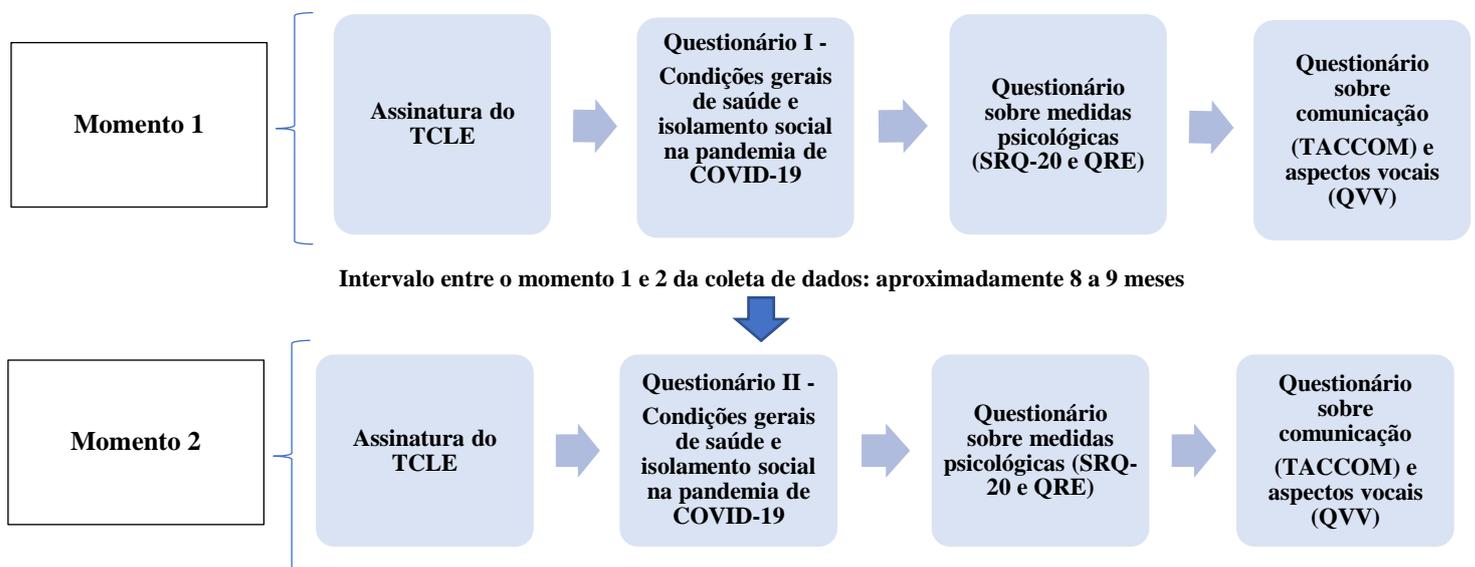
Ao concordar com o TCLE, o voluntário seria direcionado para os questionários da pesquisa, primeiramente deveria responder aos itens do questionário referente aos dados sociodemográficos, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19, em seguida aos questionários das medidas psicológicas (SRQ-20 e QRE), comunicação (TACCOM) e sobre os aspectos vocais (QVV).

Ao finalizar, o voluntário deveria deixar seus contatos (aplicativo de mensagens e/ou e-mail) para possibilitar a realização do segundo momento de coleta. Esse segundo momento ocorreu após, aproximadamente, 8-9 meses do primeiro. Os procedimentos de coleta ocorreram semelhantes aos do primeiro momento. A pesquisadora principal entrou em contato com os participantes da pesquisa, via aplicativo de mensagens e/ou e-mail, e encaminhou um link que deveria ser acessado pelo voluntário para ele ter acesso ao questionário. Dessa vez, ao acessar o link o voluntário seria direcionado para os questionários da pesquisa, primeiramente deveria responder aos itens do Questionário II - Condições gerais de saúde e isolamento social na pandemia de COVID-19, referente aos dados

sociodemográficos, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19, em seguida, os mesmos instrumentos aplicados no momento 1: os questionários das medidas psicológicas (SRQ-20 e QRE), comunicação (TACCOM) e sobre qualidade de vida em voz (QVV). Na figura 2 encontra-se o fluxograma dos procedimentos da coleta.

Figura 2

Fluxograma dos procedimentos da coleta de dados



Nota. SRQ-20 - *Self-Report Questionnaire*; QRE - Questionário de regulação emocional; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QVV - Qualidade de vida em voz.

Viés

Buscou-se controlar as possíveis fontes de viés, através de criteriosa análise do banco de dados a fim de eliminar os participantes que não correspondiam a população estudada.

Também, por meio da seleção de instrumentos que pudessem atender aos objetivos investigados. Além de construir protocolos que pudessem captar demais fatores interferentes sobre as variáveis analisadas.

Tamanho do estudo

O número de participantes foi estimado por meio de cálculo amostral. Esse cálculo foi realizado com base no número da comunidade acadêmica do ensino superior do estado da Paraíba, estimado pelo censo de 2019. Por meio desse cálculo, se constatou que seriam necessários 384 participantes, para 95% de confiança com erro de 5%.

No primeiro momento o número de participantes ultrapassou o quantitativo demonstrado pelo cálculo amostral, com uma amostra de 466 pessoas. E o segundo momento contou com 167 participantes.

Variáveis

- Variável dependente: medidas psicológicas e emocionais, transtornos mentais menores, comunicação e automedicação.
- Variáveis independentes: condições socioeconômicas e de isolamento, automedicação, cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19.

Análise de dados

Os dados foram extraídos do formulário on-line para uma planilha digital, onde foram categorizados e analisados estatisticamente em duas etapas: Análise descritiva e Análise inferencial.

A análise descritiva contou com a exposição geral dos dados coletados, nos momentos 1 e 2, por meio de medidas de frequência relativa e absoluta, bem como de tendência central, como média e desvio padrão, que descreveram desde a caracterização da amostra, dados referentes à ocorrência de COVID-19, até dados referentes aos escores obtidos nos protocolos de autoavaliação das questões emocionais e comunicação.

A análise inferencial foi realizada por meio dos testes estatísticos paramétricos: ANOVA e teste t-Student para dados pareados, quando comparados os momentos de coleta, e independentes, a fim de comparar grupos de sujeitos, além do teste Exato de Fisher, para observar associação entre as variáveis e entre os momentos. Foi realizada ainda correlação de

Pearson, a fim de observar a relação dos aspectos cotidianos, emocionais e comunicativos dos indivíduos durante a pandemia do COVID 19, nos momentos de coleta 1 e 2.

A força das correlações foi classificada de acordo com o preconizado por Daniel (2009): 0.9 para mais ou para menos indica uma correlação muito forte.; 0.7 a 0.9 positivo ou negativo indica uma correlação forte; 0.5 a 0.7 positivo ou negativo indica uma correlação moderada; 0.3 a 0.5 positivo ou negativo indica uma correlação fraca. 0 a 0.3 positivo ou negativo indica uma correlação desprezível. O nível de significância considerado foi de 5%.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

População/amostra

A amostra foi composta por 466 indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de Instituições de Ensino Superior da Paraíba (IES), sendo que a maioria era de estudantes de graduação (n=289; 62%), do sexo feminino (n=312; 67%), com nível médio completo (n=231; 49,5%) ou pós-graduação completa (n=152; 32,6%), e renda familiar entre um e três salários-mínimos (n=143; 30,7%) (Tabela 1). A idade média dos participantes foi de 29,24 ($\pm 9,95$) anos.

Tabela 1

Caracterização da amostra de indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de IES da Paraíba durante o período de isolamento social durante pandemia do COVID-19.

Variável	n	%
Vínculo institucional		
Estudante de graduação	289	62,0
Estudante de pós-graduação	67	14,4
Professor	63	13,5
Técnico administrativo	47	10,1
Sexo		
Feminino	312	67,0
Masculino	147	31,5
Escolaridade		
Ensino médio completo	231	49,5
Ensino superior completo	83	17,8
Pós-graduação completa	152	32,6
Renda Familiar		
Menos que 1 salário-mínimo	38	8,2
Entre 1 e 3 salários-mínimos	143	30,7
Entre 3 e 5 salários-mínimos	98	21,0
Entre 5 e 15 salários-mínimos	120	25,8
Mais que 15 salários-mínimos	48	10,3
Não sabe ou não quis informar	19	4,1

A pesquisa contou com maioria de representantes naturais da capital paraibana, João Pessoa- PB (n=379; 81,3%), de Patos (n=24; 5,2%), Campina Grande (n=21; 4,5%), entre outras cidades do interior da Paraíba. Além de representantes dos estados de Pernambuco, Rio Grande no Norte, Alagoas, Piauí, Bahia e Minas Gerais (Tabela 2).

Tabela 2

Naturalidade de indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de IES da Paraíba durante o período de isolamento social durante pandemia do COVID-19

Variável	n	%
Abreu e Lima - PE	1	0,2
Arapiraca - AL	1	0,2
Campina Grande	21	4,5
Caruaru - PE	2	0,4
Cruzília - MG	1	0,2
Fortaleza - CE	2	0,4
Goiana - PE	2	0,4
Irecê - BA	1	0,2
Jaboatão dos Guararapes - PE	1	0,2
João Pessoa	379	81,3
Juazeiro do Norte - CE	2	0,4
Lagoa D'Anta - RN	1	0,2
Manaus - AM	1	0,2
Morada Nova -CE	1	0,2
Natal - RN	5	1,1
Patos	24	5,2
Picos - PI	1	0,2
Porto Seguro - BA	1	0,2
Recife - PE	7	1,5
Santa Cruz - RN	1	0,2
São Gonçalo do Amarante - RN	1	0,2
São Luís - MA	1	0,2

Sousa-Cajazeiras	7	1,5
Taquaritinga do Norte - PE	1	0,2
Timbaúba - PE	1	0,2

Participaram da pesquisa indivíduos de 28 IES diferentes, sendo que grande parte dos sujeitos estavam inseridos na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (n= 361; 77,4%), que atuavam ou estudavam principalmente nas áreas de Humanas (n=170; 36,5%) e Saúde (n=137; 29,4%) (Tabela 3).

Tabela 3

Instituição de origem e área de atuação de indivíduos pertencentes à comunidade acadêmica de IES da Paraíba durante o período de isolamento social durante pandemia do COVID-19

Variável	n	%
Instituição de Origem		
Não informou	15	3,0
ASPER Faculdade	1	0,2
Faculdade ciências médicas	3	0,6
Faculdade Internacional da Paraíba	1	0,2
Famene	2	0,4
FASP	3	0,6
FAVENI	1	0,2
FGV	1	0,2
FIP	2	0,4
FPB	6	1,3
FSM	2	0,4
ICTQ	1	0,2
IES Lauro Cardoso de Mattos - FASERRA	1	0,2
IFPB	11	2,4
Pitágoras	1	0,2
UEPB	6	1,3
UFCG	10	2,2
UFPB	361	77,4
UNIESP	14	3,0
UNIFACISA	6	1,3
UNIFIP	1	0,2
Uninassau	2	0,4
UNIP	1	0,2
UNIPÊ	11	2,2
Área em que estuda/trabalha		
Ciências Agrárias	17	3,6
Ciências da Saúde	137	29,4
Ciências Exatas e da Terra	29	6,2
Ciências Humanas	170	36,5
Ciências Sociais Aplicadas	85	18,2
Engenharia	24	5,2

Gastronomia	2	0,4
Gestão Ambiental	1	0,2
Linguística, Letras e Artes	1	0,2
Não trabalho no momento	1	0,2

O estudo abrange dados referentes a dois momentos da pandemia do COVID-19. O momento 1 ocorreu entre setembro e outubro de 2020, período após 6 meses da declaração de pandemia, e da imposição de medidas restritivas. O momento 2 ocorreu entre junho e julho de 2021.

Os dados relacionados a esses dois momentos da pandemia do COVID-19 foram descritos e comparados, bem como foram feitas associações e correlações a partir das informações coletadas sobre isolamento social, saúde mental e perfil comunicativo da comunidade acadêmica. Os resultados foram expostos de acordo com os tópicos a seguir:

Aspectos gerais de saúde, isolamento social, automedicação, comunicação em distintos momentos da pandemia de COVID-19

Foram observados aspectos relacionados à ocorrência de COVID-19, isolamento social, automedicação, autocuidado, saúde mental e comunicação da comunidade acadêmica em distintos momentos da pandemia de COVID-19, que estão descritos nas tabelas de 4 a 11.

Houve diferença estatisticamente significativa das respostas dos acadêmicos nos momentos 1 e 2 para situações relacionadas à ocorrência da doença, tais como: conhece alguém que teve a COVID-19; teve contato com alguém que estava com a COVID-19; presença de sintomas da COVID-19; realizou exames laboratoriais para diagnosticar a COVID-19 (Tabela 4).

Observou-se que no momento 1 uma pequena parte dos indivíduos (n= 169; 36,3%) afirmou ter tido contato. Por outro lado, no momento 2, 100% dos sujeitos afirmaram conhecer alguém que teve COVID 19, e grande maioria (n= 109; 65,3%) relatou ter tido contato com alguém que estava com a COVID-19 (Tabela 4).

Apenas 27,5% (n=128) dos acadêmicos tinham apresentado sintomas da doença no momento 1. No momento 2, 48,5% (n=81) relatou ter apresentado. Além disso, o percentual de indivíduos que realizaram exames laboratoriais dobrou no segundo momento. Nos dois momentos, maioria dos participantes consideraram a COVID-19 uma doença perigosa (Tabela 4). Grande parte da comunidade acadêmica afirmou estar em isolamento social devido a pandemia. No primeiro momento, 70,6% da amostra estava em isolamento social e no segundo momento de coleta, 65,9 % afirmaram estar em isolamento social (Tabela 4).

Tabela 4

Dados sobre isolamento social e ocorrência de COVID-19 durante dois momentos da pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica

Variável	MOMENTO 1				MOMENTO 2				p-valor
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Considera a COVID-19 uma doença perigosa	453	97,2	13	2,8%	166	99,4	1	0,6%	0,080
Conhece alguém que teve a COVID-19	451	96,8	15	3,2	167	100	0	0,0	0,010*
Teve contato com alguém que estava com a COVID-19	169	36,3	297	63,7	109	65,3	58	34,7	0,0001*
Presença de sintomas da COVID-19	128	27,5	338	72,5	81	48,5	86	51,5	0,0001*
Realizou exames laboratoriais para diagnosticar a COVID-19	108	23,2	358	76,8	84	50,3	83	49,7	0,0001*
Está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19	329	70,6	137	29,4	110	65,9	57	34,1	0,149

Nota. Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

Os participantes pontuaram que a forma de socialização mais frequente foi por contato virtual, por meio de redes sociais e aplicativos e que estão trabalhando principalmente em casa, mas uma frequência maior de indivíduos, no segundo momento de coleta, estaria atuando presencialmente e sem alteração de rotina (Tabela 5).

Tabela 5

Caracterização do isolamento social durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica

Variável	MOMENTO 1		MOMENTO 2		p-valor
	n	%	n	%	
Está/esteve em isolamento social por quanto tempo?					
Não fiz em isolamento social	22	4,7	8	4,8	0,0001*
Menos de 1 mês	9	1,9	5	3,0	
Aproximadamente 1 mês	15	3,2	1	0,6	
Aproximadamente 2 meses	22	4,7	0	0,0	
3 meses ou mais	398	85,4	10	6,0%	
Aproximadamente 6 meses	-	-	21	12,6%	
Aproximadamente 1 ano	-	-	38	22,8%	
Aproximadamente 1 ano e meio	-	-	84	50,3%	
Durante o isolamento social você tem se socializado mais frequentemente por meio de					
Contato presencial	21	4,5	3	1,8	0,192
Contato virtual – redes sociais, aplicativos	350	75,1	125	74,9	
Ligações via áudio e vídeo	95	20,4	32	19,2	
Não respondeu	0	0,00	7	4,2	
Continua trabalhando/estudando durante o isolamento social ocasionado pela Pandemia da COVID-19					
Não, ANTES da Pandemia já estava sem trabalhar	72	15,5	0	0,0	0,0001*
Não, fui demitido durante a Pandemia da COVID-19	7	1,5	3	1,8%	
Sim, de forma presencial e sem alteração de rotina.	28	6,0	17	10,2%	
Sim, de forma presencial, mas com alteração na rotina de trabalho	66	14,2	23	13,8%	
Sim, trabalho em casa	293	62,9	116	69,5	

Nota. Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

Em relação à busca por atendimentos em saúde, foi observada diferença significativa na utilização de serviço em telessaúde, onde houve aumento significativo da frequência de

utilização dessa modalidade de assistência no momento 2 em relação ao momento 1. Os serviços mais utilizados foram os de Medicina e Psicologia (Tabela 6).

Tabela 6

Frequência de utilização de serviço de telessaúde durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 comunidade acadêmica.

Variáveis	MOMENTO 1				MOMENTO 2				p-valor
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Utilizou serviço de telessaúde durante o isolamento social	110	23,6	356	76,4	62	37,1	105	62,9	0,001*
Medicina	69	62,7	41	37,3	43	69,4	19	30,6	0,240
Psicologia	54	49,1	56	50,9	27	43,5	35	56,5	0,295
Fonoaudiologia	0	0,0	110	100,0	5	8,1	57	91,9	0,005
Nutrição	10	9,1	100	90,9	6	9,7	56	90,3	0,550
Ed. Física	14	12,7	96	87,3	5	8,1	57	91,9	0,251
Fisioterapia	2	1,8	108	98,2	2	3,2	60	96,8	0,456

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

Também foram investigados aspectos relacionados à saúde mental da comunidade acadêmica durante dois momentos da pandemia de COVID 19. No momento 1, aproximadamente metade dos participantes (49,8%) apresentou algum diagnóstico médico para transtornos mentais antes da pandemia, 70,2% afirmou que o isolamento social piorou suas condições de saúde mental e 81,2% percebeu alguma alteração na sua saúde mental (Tabela 7).

Tabela 7

Descrição dos aspectos relacionados à saúde mental durante o momento 1 da pandemia do COVID 19 na comunidade acadêmica

Variável	MOMENTO 1			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Antes da pandemia você já tinha sido diagnosticado por médico com				
Transtornos de ansiedade	121	24,5	373	75,5

Depressão	62	12,6	432	87,4
Transtorno Bipolar	10	2,0	484	98,0
Transtornos alimentares	33	6,7	461	93,3
Transtorno de personalidade	13	2,6	481	97,4
Esquizofrenia e transtornos relacionados	4	0,8	490	99,2
Transtorno relacionado ao uso de substâncias	5	1,0	489	99,0
Comportamento suicida e autolesão	18	3,6	476	96,4
Antes da pandemia você havia recebido diagnóstico médico para algum transtorno mental	246	49,8	248	50,2
O isolamento social piorou suas condições de saúde mental	347	70,2	147	29,8
No período de isolamento social percebeu alguma alteração na sua saúde mental	401	81,2	93	18,8
Durante o período de isolamento social você apresentou algum dos sintomas abaixo, mesmo sem ter a COVID-19?				
Taquicardia	204	41,3	290	58,7
Angústia	349	70,6	145	29,4
Falta de ar	163	33,0	331	67,0
Ansiedade	389	78,7	105	21,3
Tremores	101	20,4	393	79,6
Medo	302	61,1	192	38,9
Não apresentei nenhum sintoma	78	15,8	416	84,2

Observou-se um aumento significativo na realização de atividades para cuidar da saúde mental, sobretudo no que diz respeito a viagens e passeios, bem como terapia farmacológica, cuja frequência dobrou no momento 2 em relação ao 1 (Tabela 8).

Além disso, quando indagados sobre o que sentiram nos períodos investigados, os participantes destacaram tristeza, ansiedade e estresse, sendo que os dois primeiros aumentaram significativamente no momento 2 (Tabela 8).

Tabela 8

Percepção sobre saúde mental e ocorrência de sintomas relacionados à saúde mental durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica.

Variável	MOMENTO 1				MOMENTO 2				p-valor
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cuidados com a Saúde Mental	Antes da Pandemia fazia algo para cuidar da saúde mental				Atualmente faz algo para cuidar da saúde mental				
	196	42,1	270	57,9	88	52,7	79	47,3	0,011
	O que fazia para cuidar da sua saúde mental				O que faz para cuidar da sua saúde mental				
Caminhada, pilates, musculação e etc	54	11,6	412	88,4	16	9,6	151	90,4	0,290
Yoga e meditação	16	3,4	450	96,6	8	4,8	159	95,2	0,283
Terapia psicológica	91	19,5	375	80,5	33	19,8	134	80,2	0,515
Atividade religiosa	3	0,6	463	99,4	3	1,8	164	98,2	0,191
Atividades artísticas	5	1,1	461	98,9	4	2,4	163	97,6	0,191
Passeio, viagens, filmes, livros	14	3,0	452	97,0	14	8,4	153	91,6	0,005*
Encontros com amigos e família	13	2,8	453	97,2	3	1,8	164	98,2	0,354
Terapia farmacológica	37	7,9	429	92,1	24	14,4	143	85,6	0,014*
De forma geral, como você se sente/sentiu durante o período de isolamento social:									
Triste	293	62,8	173	37,1	128	76,6	39	23,4	0,005*
Ansioso	375	80,4	91	19,5	152	91,0	15	9	0,005*
Deprimido	217	46,6	249	53,4	71	42,5	96	57,5	0,569
Estressado	367	78,8	99	21,2	135	80,8	32	19,2	0,326
Feliz	167	35,8	299	64,2	52	30,1	115	68,9	0,388
Entusiasmado	84	18,0	382	82,0	25	15,0	142	85,0	0,143
Não percebi alterações	44	9,4	422	90,6	19	11,4	148	88,6	0,627

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

A tabela 9 contém dados sobre a utilização de medicamentos em dois momentos da pandemia do COVID-19 pela comunidade acadêmica. Percebeu-se que maioria não apresenta doenças crônicas, mas costuma tomar medicamentos sem indicação médica, como relataram nos momentos 1 e 2.

Grande parte dos participantes afirmaram não ter feito uso de medicamento para prevenção da COVID-19. Entre os que tomaram alguma medicação, maioria afirmou que foi

por conta própria. Apesar disso, observou-se que a prescrição médica ocorreu com alta frequência, sobretudo no primeiro momento (n=50; 42,73%), que foi diferente estatisticamente do segundo momento (n=15; 36,58%), quando esta prescrição foi menor. A ivermectina foi o medicamento mais utilizado nos dois momentos, seguido de nitazoxanida e Azitromicina. Estes dois últimos tiveram seu consumo reduzido significativamente no momento 2 (Tabela 1).

Tabela 9

Dados sobre utilização de medicamentos durante a Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica

Variável	MOMENTO 1				MOMENTO 2				p-valor
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Apresenta alguma doença crônica	102	21,9	364	78,1	37	22,2	130	77,8	0,511
Você costuma tomar medicamentos sem indicação médica?	248	53,2	218	46,8	99	59,3	68	40,7	0,104
Tomou algum medicamento para prevenir a COVID-19	116	24,79	350	75,1	35	21,0	132	79,0	0,180
Medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por médico (n=116 e 41)	50	42,73	67	57,27	15	36,58	26	63,41	0,001*
Qual o medicamento utilizado para prevenção da COVID-19?									
Ivermectina	99	86,8	15	13,2	32	91,4	3	8,6	0,346
Anita® (nitazoxanida)	18	15,8	96	84,2	0	0,0	35	100,0	0,006*
Azitromicina	24	21,1	90	78,9	2	5,7	33	94,3	0,026*
Cloroquina/ Hidroxicloroquina	2	1,8	112	98,2	1	2,9	34	97,1	0,555
Corticoides	3	2,6	111	97,4	0	0,0	35	100,0	0,445
Vitamina D	4	3,5	110	96,5	2	5,7	33	94,3	0,431
Outras vitaminas	6	5,3	108	94,7	2	5,7	33	94,3	0,600
Zinco	1	0,9	113	99,1	0	0,0	35	100,0	0,765

Nota. Teste Exato de Fisher; significância p<0,05

A tabela 10 contém dados referentes à ocorrência de transtornos mentais e do perfil comunicativo menores na população alvo. Foi observada presença desses transtornos nos momentos 1 e 2 da pandemia, bem como comprometimento da comunicação. A

autoavaliação vocal por meio da pergunta “como você avalia sua voz?” demonstrou uma diferença na percepção vocal da comunidade acadêmica, em que a frequência de indivíduos que considerava a voz “boa” e “excelente” no momento 1 era significativamente maior do que no momento 2.

Tabela 10

Avaliação de transtornos mentais menores e do perfil comunicativo da comunidade acadêmica durante dois momentos da pandemia de COVID-19

Variável	MOMENTO 1		MOMENTO 2		p-valor
	n	%	N	%	
SRQ					
Ausência de Transtornos mentais menores	192	38,9	58	34,7	0,195
Presença de Transtornos mentais menores	302	61,1	109	65,3	
TACCOM					
Boa comunicação	93	18,8	37	22,2	0,204
Comunicação comprometida	401	81,2	130	77,8	
Como você avalia a sua voz					
Boa	201	40,7	55	32,9	0,000*
Excelente	53	10,7	13	7,8	
Muito boa	128	25,9	45	26,9	
Razoável	98	19,8	21	12,6	
Ruim	14	2,8	5	3,0	
Não respondeu	0	0,0	28	16,8	

Legenda: SRQ - Self-Report Questionnaire; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QVV – Questionário de Qualidade de Vida em Voz. Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$.

Foram observados ainda os escores dos instrumentos de autoavaliação utilizados para coleta dos dados relacionados à comunicação e transtornos mentais menores, cujas descrições das médias e sua comparação entre os momentos da pandemia estão expostas na tabela 11.

Como já mencionado, há presença de transtornos mentais menores de modo geral, mas a média do SRQ foi significativamente maior no momento 2 do que no 1, demonstrando

maior comprometimento no segundo momento (Tabela 11). Os demais aspectos, sobretudo relacionados à comunicação, não apresentaram diferenças nos períodos investigados.

Tabela 11

Comparação de médias dos escores dos protocolos referentes às questões emocionais e comunicativas da comunidade acadêmica em dois momentos da Pandemia de COVID-19

Variáveis	MOMENTO 1		MOMENTO 2		p-valor
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
SRQ	7,359	5,0327	9,000	5,2054	0,002*
TACCOM Fala	4,777	2,8249	5,181	3,0056	0,216
TACCOM Escuta	6,234	2,2760	6,371	2,2374	0,601
TACCOM Total	11,012	4,3395	11,521	4,4395	0,297
QRE - Reavaliação Cognitiva	30,815	6,4266	30,196	8,8718	0,459
QRE - Supressão Emocional	15,625	5,6977	15,851	5,9847	0,729
QRE- TOTAL	46,440	9,4917	46,048	11,3969	0,731
QVV	-0,615	0,444	-0,558	0,403	0,889
Quantas horas costuma passar em casa atualmente	20,547	4,2686	20,173	4,2901	0,499

Nota. SRQ - Self-Report Questionnaire; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QRE – Questionário de regulação emocional; QVV – Questionário de Qualidade de Vida em Voz. Teste t-Student pareado; significância $p < 0,05$.

Saúde mental, automedicação, performance comunicativa relacionada ao isolamento social em distintos momentos da pandemia de COVID-19

Foi observada também a relação entre isolamento social, aspectos emocionais e comunicativos da comunidade acadêmica. Assim, foi realizada divisão da amostra em dois grupos, de acordo com o relato de isolamento social, para cada um dos momentos.

No momento 1, o grupo que realizou isolamento obteve maior média nos escores da SRQ do que o que não realizou, sendo esta diferença significativa estatisticamente. Assim, pode-se dizer que o isolamento social pode estar relacionado ao aumento de transtornos mentais menores nesse momento. Além disso, houve diferença significativa também nos escores do TACOM fala e total, indicando menores médias e maior comprometimento

comunicativo no grupo que estava em isolamento social (Tabela 10). Não foi observada diferença entre os aspectos emocionais e comunicativos no momento 2 (Tabela 12).

Tabela 12

Comparação de médias dos escores de questionários relacionados a questões emocionais e comunicativas, de grupos de indivíduos que estavam e não estavam em isolamento social durante a Pandemia de COVID-19

Variáveis	Hoje você está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?				p-valor
	SIM		NÃO		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
MOMENTO 1					
SRQ	8,73	5,306	7,73	5,169	0,043*
TACCOM Fala	4,68	2,768	5,48	2,950	0,004*
TACCOM Escuta	6,18	2,210	6,36	2,193	0,410
TACCOM Total	10,86	4,300	11,84	4,428	0,023*
QRE - Reavaliação Cognitiva	29,71	7,537	30,81	6,879	0,129
QRE - Supressão Emocional	15,51	5,540	15,04	5,843	0,400
QRE- TOTAL	45,22	9,567	45,85	9,849	0,505
QVV	-0,628	0,463	-0,621	0,536	0,910
MOMENTO 2					
SRQ	9,544	5,0606	8,718	5,2796	0,327
TACCOM Fala	5,054	3,1067	5,245	2,9652	0,703
TACCOM Escuta	6,632	2,0842	6,236	2,3104	0,265
TACCOM Total	11,596	4,3910	11,482	4,4839	0,864
QRE - Reavaliação Cognitiva	31,596	8,1916	29,500	9,1929	0,135
QRE - Supressão Emocional	15,070	6,2731	16,364	5,7257	0,196
QRE- TOTAL	46,667	12,0954	45,864	11,0241	0,676
QVV	-0,704	0,333	-0,697	0,499	0,860

Legenda: SRQ - Self-Report Questionnaire; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QRE – Questionário de regulação emocional; QVV – Questionário de Qualidade de Vida em Voz. Teste t-Student para amostras dependentes; significância $p < 0,05$.

Na tabela 13, encontram-se os dados referentes à percepção comunidade acadêmica sobre saúde mental em dois momentos da pandemia da COVID-19 relacionado ao isolamento social. Os indivíduos relataram ter observado alterações na saúde mental nos dois momentos, independentemente de estarem em isolamento social ou não. Além disso, os sentimentos durante este período também não estiveram relacionados ao fato de estar ou não isolado socialmente, ou seja, todos os indivíduos apresentaram sentimentos de forma semelhante durante a pandemia, independente do isolamento e do momento de coleta (Tabela 13)

Tabela 13

Relação entre isolamento social, ocorrência de sintomas e percepção sobre saúde mental em dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica

Hoje você está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?																				
Variável	MOMENTO 1										MOMENTO 2									
	Sim					Não					Sim					Não				p-valor
	Sim		Não			Sim		Não			Sim		Não		Não					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
Antes da pandemia você fazia algo para cuidar da saúde mental?																				
	139	42,2	190	57,8	57	41,6	80	58,4	0,491	61	55,5	49	44,5	27	47,4	30	52,6	0,204		
No período do isolamento social você percebeu alguma alteração na saúde mental?																				
	272	82,7	57	17,3	106	77,4	31	22,6	0,115	94	85,5	16	14,5	44	77,2	13	22,8	0,132		
De forma geral, como você se sente/sentiu durante o período de isolamento social:																				
Triste	266	80,9	42	12,8	107	78,1	18	13,1	0,621	97	88,2	10	9,1	55	96,5	0	0,0	0,063		
Ansioso	213	64,7	70	21,3	78	56,9	35	25,5	0,305	86	78,2	18	16,4	41	71,9	12	21,1	0,482		
Deprimido	164	49,8	106	32,2	52	38,0	52	38,0	0,099	49	44,5	45	40,9	22	38,6	28	49,1	0,597		
Estressado	263	79,9	39	11,9	104	75,9	17	12,4	0,475	89	80,9	15	13,6	46	80,7	8	14,0	0,996		
Feliz	122	37,1	103	31,3	42	30,7	45	32,8	0,590	33	30,0	57	51,8	17	29,8	32	56,2	0,874		
Entusiasmado	61	18,5	164	49,8	23	16,8	60	43,8	0,267	15	13,6	71	64,5	9	15,8	39	68,4	0,691		
Não percebi alterações	27	8,2	119	36,2	16	11,7	43	31,4	0,208	8	7,3	65	59,1	10	17,5	31	54,4	0,199		

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

Na tabela 14, estão os dados da relação entre isolamento social e ocorrência de COVID 19, nos momentos 1 e 2. No primeiro momento, observou-se uma frequência

significativamente maior de indivíduos que não fizeram isolamento e teve contato com alguém que estava com COVID-19. Além disso, nos dois momentos, percebeu-se que os indivíduos que relataram não estar em isolamento social no período de realização da pesquisa realizaram mais exames do que os que estavam em isolamento, sendo essa diferença significante estatisticamente (Tabela 14).

Tabela 14

Relação entre isolamento social e ocorrência de COVID-19 durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica

Variável	Você está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?																		
	MOMENTO 1										MOMENTO 2								
	Estava em isolamento					Não estava em isolamento					Está em isolamento				Não está em isolamento				p-valor
	Sim		Não			Sim		Não			Sim		Não		Sim		Não		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Considera a COVID-19 uma doença perigosa	323	98,2	6	1,8	130	94,9	7	5,1	0,054	109	99,1	1	0,9	57	100	0	0,0	0,659	
Conhece alguém que teve a COVID-19	317	96,4	12	3,6	134	97,8	3	2,2	0,311	110	100	0	0,0	57	100	0	0,0	1,000	
Teve contato com alguém que estava com a COVID-19	105	31,9	224	68,1	64	46,7	73	53,3	0,002*	68	61,8	42	38,2	41	71,9	16	28,1	0,129	
Presença de sintomas da COVID-19	83	25,2	246	74,8	45	32,8	92	67,2	0,060	52	47,3	58	52,7	29	50,9	28	49,1	0,390	
Realizou exames laboratoriais para diagnosticar a COVID-19	56	17	273	83	52	38	85	62	0,0001*	49	44,5	61	55,5	35	61,4	22	38,6	0,028*	

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

Quando relacionados o fato de estar em isolamento social nos dois momentos da pandemia do COVID 19 com o tempo que esteve em isolamento, observou-se que maioria relatou estar em isolamento há três meses ou mais. A forma de socialização mais citada nos dois momentos foi o contato virtual, sendo que no momento 1 os indivíduos que não estavam em isolamento relataram ter feito contato presencial significativamente mais do que os que ainda estavam em isolamento (Tabela 15).

Em relação ao regime de trabalho durante a pandemia, os participantes que realizaram o isolamento trabalharam principalmente de casa, enquanto os que não realizaram trabalhavam em casa ou presencialmente, maioria com alteração na rotina (Tabela 15).

Tabela 15

Relação entre isolamento social em dois momentos da pandemia do COVID 19, tempo de isolamento, forma de socialização e estrutura do trabalho da comunidade acadêmica

Variável	Você está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?									
	MOMENTO 1					MOMENTO 2				
	Está em isolamento		Não está em isolamento			Está em isolamento		Não está em isolamento		
	n	%	n	%	p-valor	n	%	n	%	p-valor
Está/esteve em isolamento social por quanto tempo?										
Menos de 1 mês	2	0,6	20	14,6	0,0001*	2	1,8	3	5,3	0,0001*
Aproximadamente 1 mês	2	0,6	13	9,5		0	0,0	1	1,8	
Aproximadamente 2 meses	4	1,2	18	13,1		0	0,0	0	0,0	
3 meses ou mais	318	96,7	80	58,4		108	98,2	45	79	
Mais de 6 meses	-	-	-	-		0	0,0	8	13,9	
Durante o isolamento social você tem se socializado mais frequentemente por meio de:										
Contato presencial	7	2,1	14	10,2	0,001*	2	1,8	1	1,8	0,011*
Contato virtual – redes sociais, aplicativos	254	77,2	96	70,1		89	80,9	36	63,2	
Ligações via áudio e vídeo	68	20,7	27	19,7		18	16,4	14	24,6	
Não responderam	0	0,0	0	0,0		1	0,9	6	10,5	
Continua trabalhando/estudando durante o isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19										
Não, ANTES da Pandemia já estava sem trabalhar	60	18,2	12	8,8	0,0001*	5	4,5	3	5,3	0,0001*

Não, fui demitido durante a Pandemia da COVID-19	4	1,2	3	2,2	3	2,7	0	0,0
Sim, de forma presencial e sem alteração de rotina.	6	1,8	22	16,1	6	5,5	11	19,3
Sim, de forma presencial, mas com alteração na rotina de trabalho	28	8,5	38	27,7	6	5,5	17	29,8
Sim, trabalho em casa	231	70,2	62	45,3	90	81,8	26	45,6

Nota. Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$. OBS.: o somatório de algumas variáveis do momento 2 não é 100% porque os participantes não responderam, ou responderam a uma categoria que não existia no momento 1.

Quando observada a relação entre utilização de medicamentos durante a pandemia e a realização do isolamento social, constatou-se que maioria dos sujeitos não apresentam doença crônica e nem costuma se automedicar, independentemente de ter feito isolamento ou não.

Grande parte deles não fez uso de medicamentos para prevenção da COVID 19, mas a frequência dos que fizeram no momento 1 ($n=66$; 20,1%) foi significativamente maior para o grupo que não estava em isolamento do que para o que estava isolado ($n=87$; 63,5%). Além disso, também no momento 1, houve diferença em relação à prescrição, em que a frequência de ingestão de medicamentos prescritos por médicos foi maior no grupo que esteve em isolamento social ($n=32$; 45,1%) do que o grupo que não estava, apesar disso, estes procuraram o serviço de telessaúde com mais frequência do que os que estavam em isolamento (Tabela 16).

Tabela 16

Dados sobre utilização de medicamentos e serviços de saúde durante dois momentos da Pandemia de COVID-19 na comunidade acadêmica

Variável	Hoje você está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?																	
	MOMENTO 1					MOMENTO 2												
	Está em isolamento		Não está em isolamento			Está em isolamento		Não está em isolamento			p-valor							
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não									
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p-valor

Apresenta alguma doença crônica	71	21,6	258	78,4	31	22,6	106	77,4	0,446	25	22,7	85	77,3	12	21,1	45	78,9	0,485
Você costuma tomar medicamentos sem indicação médica?	168	51,1	161	48,9	80	58,4	57	41,6	0,089	67	60,9	43	39,1	32	56,1	25	43,9	0,333
Tomou algum medicamento para prevenir a COVID-19	66	20,1	263	79,9	50	36,5	87	63,5	0,0001*	22	20,0	88	80,0	13	22,8	44	77,2	0,408
Medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por médico**	32	45,1	39	54,9	18	39,1	28	60,9	0,020*	6	23,7	20	76,9	9	60	6	40	0,052
Utilizou serviço de telessaúde durante o isolamento social	69	21,0	260	79,0	41	29,9	96	70,1	0,027*	42	38,2	68	61,8	20	35,1	37	64,9	0,413

Nota. Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$. **Momento 1: $n=120$ e 46; Momento 2: $n=26$ e 15

Associações e Comparações

Foram realizadas associações e comparações para observar a relação entre transtornos mentais menores, regulação emocional, performance comunicativa e qualidade de vida em voz, entre si durante a pandemia de COVID-19.

Separou-se a comunidade acadêmica em dois grupos de acordo com o resultado do SRQ, ou seja, de acordo com a presença e ausência de transtornos mentais menores (Tabela 17).

Foi observado que os escores do TACCOM, em todos os domínios e nos momentos 1 e 2, foram significativamente menores no grupo que apresentou o SRQ acima do ponto de corte preconizado, ou seja, a presença de transtornos mentais teve relação com o pior desempenho comunicativo dos indivíduos (Tabela 17).

Também foi observada significativa redução da regulação emocional, tanto nos domínios reavaliação cognitiva, quanto supressão emocional, apenas no momento 1. Dessa

forma, percebeu-se uma relação entre a presença de transtornos mentais menores e redução da regulação emocional na população estudada (Tabela 17).

Tabela 17

Comparação de médias relacionadas às questões comunicativas em grupos de indivíduos com e sem alterações psiquiátricas mínimas, de acordo com o SRQ, durante dois momentos da pandemia por COVID 19

Variáveis	SRQ NORMAL		SRQ ALTERADO		p-valor
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
MOMENTO 1					
TACCOM Fala	5,453	2,7171	4,505	2,8700	0,0001*
TACCOM Escuta	6,575	2,3667	5,940	2,0912	0,003*
TACCOM Total	12,028	4,4164	10,446	4,2253	0,0001*
QRE - Reavaliação Cognitiva	31,481	6,9591	28,961	7,4504	0,0001*
QRE - Supressão Emocional	14,790	5,7349	15,881	5,5150	0,041*
QRE- TOTAL	46,271	9,9129	44,842	9,4358	0,123
QVV	-0,676	0,343	-0,585	0,544	0,083
MOMENTO 2					
TACCOM Fala	6,052	2,5984	4,713	3,1148	0,006*
TACCOM Escuta	7,086	2,4372	5,991	2,0344	0,002*
TACCOM Total	13,138	4,3020	10,661	4,2865	0,0001*
QRE - Reavaliação Cognitiva	29,034	8,9990	30,844	8,8162	0,212
QRE - Supressão Emocional	16,310	5,5731	15,716	6,1284	0,539
QRE- TOTAL	45,345	9,9323	46,560	12,0895	0,513
QVV	-0,584	0,297	-0,555	0,498	0,116

Nota. SRQ - Self-Report Questionnaire; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QRE – Questionário de regulação emocional; QVV – Questionário de Qualidade de Vida em Voz; Teste: t-Student para dados independentes; significância $p < 0,05$

Ainda foi realizada investigação sobre as relações entre aspectos sociais, saúde mental, comunicação e socialização dos indivíduos durante o momento 1 da pandemia de COVID-19, visto que os aspectos sociais não sofrem influência de outras variáveis. Inicialmente, verificou-se a relação entre os aspectos sociais - sexo, escolaridade e renda

familiar -, emocionais e comunicativos da população estudada, como observado nas tabelas a seguir.

Constatou-se que indivíduos do sexo feminino apresentaram maior média no SRQ do que os do sexo masculino, sendo a diferença destas médias estatisticamente significativa. Além disso, também foi observada diferença significativa nas médias da supressão emocional, em que os homens apresentaram valores de escore maior. Assim, pode-se dizer que mulheres apresentaram maior comprometimento na saúde mental que os homens durante o período de isolamento social (Tabela 18).

Tabela 18

Comparação de médias dos escores de questionários relacionados a questões emocionais e comunicativas, de homens e mulheres durante o momento 1 da Pandemia de COVID-19

Variáveis	SEXO				p-valor
	Feminino		Masculino		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
SRQ	9,31	5,244	6,55	4,863	0,0001*
TACCOM Fala	5,00	2,812	4,74	2,911	0,337
TACCOM Escuta	6,15	2,148	6,42	2,315	0,202
TACCOM Total	11,15	4,303	11,16	4,483	0,985
QRE - Reavaliação Cognitiva	29,95	7,649	30,12	6,676	0,815
QRE - Supressão Emocional	14,98	5,689	16,30	5,410	0,016*
QRE- TOTAL	44,93	9,716	46,42	9,445	0,115
QVV	-0,612	0,506	-0,647	0,446	0,540

Legenda: SRQ - Self-Report Questionnaire; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QRE – Questionário de regulação emocional; QVV – Questionário de Qualidade de Vida em Voz; Teste t-Student para dados independentes; significância p<0,05

Quando comparados os aspectos emocionais e comunicativos em relação aos sociais: escolaridade, vínculo institucional e renda familiar dos indivíduos, observou-se diferenças significantes nos escores do SRQ, TACCOM fala e total, e QRE reavaliação cognitiva e supressão emocional (Tabela 19).

Tabela 19

Análise de variância dos escores de questionários relacionados a questões emocionais e comunicativas, em grupos de indivíduos em relação às variáveis: escolaridade, vínculo institucional e renda familiar, durante o momento 1 da Pandemia de COVID-19

Variável		ESCOLARIDADE		VÍNCULO INSTITUCIONAL		RENDA FAMILIAR	
		Soma dos Quadrados	p-valor	Soma dos Quadrados	p-valor	Soma dos Quadrados	p-valor
SRQ	Entre Grupos	991,474		1467,141		1112,660	
	Nos grupos	12753,822	0,0001*	12278,154	0,0001*	12632,635	0,0001*
	Total	13745,296		13745,296		13745,296	
TACCOM Fala	Entre Grupos	133,451		152,963		96,211	
	Nos grupos	3853,310	0,0001*	3833,798	0,0001*	3890,550	0,055
	Total	3986,761		3986,761		3986,761	
TACCOM Escuta	Entre Grupos	17,536		12,085		17,141	
	Nos grupos	2377,225	0,165	2382,676	0,479	2377,620	0,621
	Total	2394,761		2394,761		2394,761	
TACCOM Total	Entre Grupos	235,631		237,417		140,277	
	Nos grupos	9120,677	0,002*	9118,890	0,006*	9216,030	0,193
	Total	9356,308		9356,308		9356,308	
QRE - Reavaliação Cognitiva	Entre Grupos	342,946		150,988		103,347	
	Nos grupos	26348,398	0,042*	26540,356	0,426	26587,997	0,863
	Total	26691,344		26691,344		26691,344	
QRE - Supressão Emocional	Entre Grupos	304,720		806,289		386,977	
	Nos grupos	15320,227	0,008*	14818,659	0,0001*	15237,971	0,031*
	Total	15624,947		15624,947		15624,947	
QRE- TOTAL	Entre Grupos	4,102		372,178		687,029	
	Nos grupos	45868,926	0,978	45500,850	0,262	45185,999	0,193
	Total	45873,028		45873,028		45873,028	

QVV	Entre Grupos	1,024		,638		,329	
	Nos grupos	79,835	0,112	80,221	0,438	80,531	0,925
	Total	80,860		80,860		80,860	

Nota. SRQ - Self-Report Questionnaire; TACCOM - Teste de Autoavaliação da Competência na Comunicação; QRE – Questionário de regulação emocional; QVV – Questionário de Qualidade de Vida em Voz; Teste ANOVAs; significância $p < 0,05$

As tabelas 20, 21 e 22, representam os dados após teste post hoc, que identificaram diferenças entre aspectos emocionais e comunicativos em cada um dos grupos sociais. Os grupos relacionados à escolaridade foram: Ensino médio completo (EMC), Ensino superior completo (ESC) e Pós-graduação completa (PGC). Observou-se que os grupos EMC e ESC se diferiram para todas as variáveis: SRQ, TACCOM fala e total, e QRE reavaliação cognitiva e supressão emocional, sendo que os escores do grupo ESC foram maiores do que do grupo EMC. Assim, de acordo com a interpretação da tabela 20, observou-se que indivíduos com ensino superior completo apresentam maior impacto na saúde mental, mas apresentam melhor performance comunicativa.

Tabela 20

Teste post hoc para escolaridade

Variável dependente	(I) Escolaridade	(J) Escolaridade	Diferença média (I-J)	p-valor	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
SRQ	EMC	ESC	-3,165*	0,000	-4,38	-1,95
		PGC	-2,333*	0,222	-3,95	-,72
	ESC	EMC	3,165*	0,000	1,95	4,38
		PGC	0,833	0,399	-,68	2,34
	PGC	EMC	2,333*	0,222	,72	3,95
		ESC	-0,833	0,399	-2,34	,68
TACCOM Fala	EMC	ESC	1,164*	0,000	,50	1,83
		PGC	0,825	0,074	-,06	1,71
	ESC	EMC	-1,164*	0,000	-1,83	-,50
		PGC	-0,340	0,602	-1,17	,49
	PGC	EMC	-0,825	0,074	-1,71	,06
		ESC	0,340	0,602	-,49	1,17
TACCOM Total	EMC	ESC	1,551*	0,001	,53	2,58
		PGC	0,855	0,305	-,51	2,22
	ESC	EMC	-1,551*	0,001	-2,58	-,53
		PGC	-0,696	0,407	-1,97	,58
	PGC	EMC	-0,855	0,305	-2,22	,51
		ESC	0,696	0,407	-,58	1,97
QRE - Reavaliação Cognitiva	EMC	ESC	1,842*	0,035	,10	3,58
		PGC	0,718	0,747	-1,60	3,04
	ESC	EMC	-1,842*	0,035	-3,58	-,10
		PGC	-1,124	0,444	-3,30	1,05
	PGC	EMC	-0,718	0,747	-3,04	1,60
		ESC	1,124	0,444	-1,05	3,30

QRE - Supressão Emocional	EMC	ESC	-1,698*	0,008	-3,03	-,37
		PGC	-,458	0,815	-2,23	1,31
	ESC	EMC	1,698*	0,008	,37	3,03
		PGC	1,240	0,185	-,42	2,90
	PGC	EMC	0,458	0,815	-1,31	2,23
		ESC	-1,240	0,185	-2,90	,42

Nota. EMC- Ensino médio completo; ESC – Ensino superior completo; PGC – pós-graduação completa. Teste de Tukey; significância $p < 0,05$

A tabela 21, contém dados que demonstram diferenças significante entre grupos relacionados ao vínculo com a instituição. Observou-se diferença nos escores do SRQ e do QRE principalmente entre os grupos de estudantes de graduação e pós-graduação, onde se observou que os grupos de estudantes apresentaram maior comprometimento na saúde mental, no que diz respeito aos transtornos mentais menores.

Em relação ao TACCOM, destacou-se o grupo de professores, foi diferente dos demais, pois estes apresentaram maiores escores no questionário e, portanto, melhor performance comunicativa.

Tabela 21

Teste post hoc para vínculo institucional

Variável dependente	(I) Vínculo com a instituição	(J) Vínculo com a instituição	Diferença a média (I-J)	P-valor	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
SRQ	EG	EPG	0,560	0,833	-1,15	2,27
		PROF	4,243*	0,000	2,48	6,00
		TA	4,066*	0,000	2,08	6,05
	EPG	EG	-0,560	0,833	-2,27	1,15
		PROF	3,684*	0,000	1,46	5,91
		TA	3,506*	0,001	1,10	5,91
	PROF	EG	-4,243*	0,000	-6,00	-2,48
		EPG	-3,684*	0,000	-5,91	-1,46
		TA	-0,177	0,998	-2,62	2,26
	TA	EG	-4,066*	0,000	-6,05	-2,08
		EPG	-3,506*	0,001	-5,91	-1,10
		PROF	0,177	0,998	-2,26	2,62
TACCOM Total	EG	EPG	-0,898	0,073	-1,85	,06
		PROF	-1,499*	0,001	-2,48	-,52
		TA	-0,790	0,257	-1,90	,32
	EPG	EG	0,898	0,073	-,06	1,85
		PROF	-,601	0,597	-1,84	,64
		TA	0,108	0,997	-1,23	1,45
	PROF	EG	1,499*	0,001	,52	2,48
		EPG	0,601	0,597	-,64	1,84
		TA	0,709	0,538	-,65	2,07
	TA	EG	0,790	0,257	-,32	1,90
		EPG	-0,108	0,997	-1,45	1,23
		PROF	-0,709	0,538	-2,07	,65
TACCOM Fala	EG	EPG	-0,924	0,369	-2,40	,55
		PROF	-1,908*	0,007	-3,43	-,39
		TA	-1,114	0,335	-2,82	,60
	EPG	EG	0,924	0,369	-,55	2,40

		PROF	-0,984	0,548	-2,90	,93
		TA	-,190	0,995	-2,26	1,88
	PROF	EG	1,908*	0,007	,39	3,43
		EPG	0,984	0,548	-,93	2,90
		TA	0,794	0,765	-1,31	2,90
	TA	EG	1,114	0,335	-,60	2,82
		EPG	0,190	0,995	-1,88	2,26
		PROF	-0,794	0,765	-2,90	1,31
QRE - Supressão Emocional	EG	EPG	1,059	0,465	-,82	2,94
		PROF	3,822*	0,000	1,89	5,76
		TA	1,247	0,453	-,93	3,43
	EPG	EG	-1,059	0,465	-2,94	,82
		PROF	2,763*	0,019	,32	5,20
		TA	0,188	0,998	-2,45	2,83
	PROF	EG	-3,822*	0,000	-5,76	-1,89
		EPG	-2,763*	0,019	-5,20	-,32
		TA	-2,575	0,065	-5,26	,11
	TA	EG	-1,247	0,453	-3,43	,93
		EPG	-0,188	0,998	-2,83	2,45
		PROF	2,575	0,065	-,11	5,26

Nota. EG – Estudante de graduação; EPG – estudante de pós graduação; PROF - Professores; TA – Técnicos administrativos; Teste de Tukey; significância $p < 0,05$

Na tabela 22, é possível observar as diferenças em relação aos aspectos emocionais e comunicativos nos em grupos divididos de acordo com a renda familiar tais como: Menos que 1 salário-mínimo, entre 1 e 3 salários-mínimos, entre 3 e 5 salários-mínimos, entre 5 e 15 salários-mínimos, mais que 15 salários-mínimos, não sabe ou não quis informar.

Percebeu-se que os grupos (3) entre 3 e 5 salários-mínimos e (4) entre 5 e 15 salários-mínimos se diferiram dos grupos (1) menos que 1 salário-mínimo, (2) entre 1 e 3 salários-mínimos e (5) entre 5 e 15 salários-mínimos, apresentando menores escores de SRQ e consequentemente de comprometimento na saúde mental. Além disso, os grupos (1) e (4) foram diferentes em relação à supressão emocional, sendo os escores do grupo (1) maiores (Tabela 26).

Tabela 22

Teste post hoc para renda familiar

Variável dependente	(I) Renda familiar:	(J) Renda familiar:	Diferença média (I-J)	p-valor	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
SRQ	1	2	1,076	,566	-,79	2,94
		3	2,515*	,001	,77	4,26
		4	4,205*	,000	1,86	6,55
		5	-,824	,944	-3,41	1,76
		6	2,801	,190	-,66	6,27
		2	-1,076	,566	-2,94	,79
	2	3	1,439	,271	-,49	3,37
		4	3,129*	,005	,65	5,61
		5	-1,900	,343	-4,62	,82
		6	1,725	,735	-1,83	5,29
		3	-2,515*	,001	-4,26	-,77
		4				

		2	-1,439	,271	-3,37	,49
		4	1,691	,331	-,70	4,08
		5	-3,338*	,004	-5,97	-,70
		6	,287	1,000	-3,21	3,79
4		1	-4,205*	,000	-6,55	-1,86
		2	-3,129*	,005	-5,61	-,65
		3	-1,691	,331	-4,08	,70
		5	-5,029*	,000	-8,09	-1,97
		6	-1,404	,901	-5,23	2,43
5		1	,824	,944	-1,76	3,41
		2	1,900	,343	-,82	4,62
		3	3,338*	,004	,70	5,97
		4	5,029*	,000	1,97	8,09
		6	3,625	,099	-,36	7,61
6		1	-2,801	,190	-6,27	,66
		2	-1,725	,735	-5,29	1,83
		3	-,287	1,000	-3,79	3,21
		4	1,404	,901	-2,43	5,23
		5	-3,625	,099	-7,61	,36
QRE - Supressão Emocional	1	2	1,357	,407	-,69	3,41
		3	1,197	,475	-,72	3,11
		4	2,894*	,017	,32	5,46
		5	,373	,999	-2,47	3,22
		6	,048	1,000	-3,76	3,85
	2	1	-1,357	,407	-3,41	,69
		3	-,160	1,000	-2,28	1,96
		4	1,537	,589	-1,19	4,26
		5	-,984	,935	-3,97	2,00
		6	-1,309	,931	-5,22	2,60
	3	1	-1,197	,475	-3,11	,72
		2	,160	1,000	-1,96	2,28
		4	1,697	,435	-,93	4,32
		5	-,824	,965	-3,72	2,07
		6	-1,149	,957	-4,99	2,69
	4	1	-2,894*	,017	-5,46	-,32
		2	-1,537	,589	-4,26	1,19
		3	-1,697	,435	-4,32	,93
		5	-2,521	,266	-5,88	,84
		6	-2,846	,382	-7,05	1,36
	5	1	-,373	,999	-3,22	2,47
		2	,984	,935	-2,00	3,97
		3	,824	,965	-2,07	3,72
		4	2,521	,266	-,84	5,88
		6	-,325	1,000	-4,70	4,05
	6	1	-,048	1,000	-3,85	3,76
		2	1,309	,931	-2,60	5,22
		3	1,149	,957	-2,69	4,99
		4	2,846	,382	-1,36	7,05
		5	,325	1,000	-4,05	4,70

Legenda: 1 - menos que 1 salário-mínimo; 2 – entre 1 e 3 salários-mínimos; 3 – entre 3 e 5 salários-mínimos; 4 – entre 5 e 15 salários-mínimos; 5 – mais que 15 salários-mínimos; 6 – não sabe ou não quis informar. Teste de Tukey; significância $p < 0,05$

Também foi realizada associação dos níveis sociais com aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação no primeiro momento de coleta, como exposto nas tabelas 23, 24 e 25. Foi observado que mulheres relataram fazer mais automedicação ($p=0,045$), ter tomado medicamentos para prevenir a COVID-19 ($p=0,002$) e estar em isolamento social, com maior frequência do que homens ($p=0,040$) (Tabela 23). Pode-se dizer então, que o sexo está associado a esses fatores.

Tabela 23

Associação entre sexo e aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação durante o momento 1 da pandemia da COVID-19

Variáveis		MOMENTO 1				p-valor
		Feminino		Masculino		
Automedicação	Não	151	44,8%	82	52,2%	0,045*
	Sim	186	55,2%	75	47,8%	
Medicamento para prevenir a COVID-19	Não	237	70,3%	130	82,8%	0,002*
	Sim	100	29,7%	27	17,2%	
Medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por médico?	Não tomei medicamentos	6	6,0%	1	3,7%	0,610
	Não, tomei sem indicação médica	56	56,0%	13	48,1%	
	Sim, foi prescrito por médico	38	38,0%	13	48,1%	
Considera a COVID-19 uma doença perigosa?	Não	9	2,7%	6	3,8%	0,331
	Sim	328	97,3%	151	96,2%	
Teve sintomas da COVID-19	Não	241	71,5%	116	73,9%	0,666
	Sim	96	28,5%	41	26,1%	
Está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?	Não	228	67,7%	119	75,8%	0,040*
	Sim	109	32,3%	38	24,2%	

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

Em relação à escolaridade, foi visto que não houve associações com as variáveis referentes a automedicação e isolamento social (Tabela 24).

Tabela 24

Associação entre escolaridade e aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação durante o momento 1 da pandemia da COVID-19

Variáveis		Escolaridade						p-valor
		Ensino médio completo		Ensino superior completo		Pós-graduação completa		
		n	%	n	%	N	%	
Automedicação	Não	116	46,6%	41	48,8%	76	47,2%	0,940
	Sim	133	53,4%	43	51,2%	85	52,8%	

Medicamento para prevenir a COVID-19	Não	185	74,3%	63	75,0%	119	73,9%	0,983
	Sim	64	25,7%	21	25,0%	42	26,1%	
Medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por médico?	Não tomei medicamentos	4	6,3%	0	0,0%	3	7,1%	0,760
	Não, tomei sem indicação médica	33	51,6%	13	61,9%	23	54,8%	
	Sim, foi prescrito por médico	27	42,2%	8	38,1%	16	38,1%	
Considera a COVID-19 uma doença perigosa?	Não	3	1,9%	11	4,4%	1	1,2%	0,170
	Sim	158	98,1%	238	95,6%	83	98,8%	
Teve sintomas da COVID-19	Não	124	77,0%	173	69,5%	60	71,4%	0,245
	Sim	37	23,0%	76	30,5%	24	28,6%	
Está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?	Não	116	72,0%	176	70,7%	55	65,5%	0,552
	Sim	45	28,0%	73	29,3%	29	34,5%	

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

A tabela 25 contém dados da associação entre renda familiar e aspectos relacionados ao isolamento social e automedicação. Observou-se que a automedicação está associada à renda ($p=0,007$), em que a maior frequência de indivíduos que fazem uso de medicação sem prescrição está no grupo que recebe mais de 15 salários-mínimos.

Tabela 25

Associação entre renda familiar e aspectos relacionados ao isolamento social e à automedicação durante o momento 1 da pandemia da COVID-19

Variáveis		Renda familiar											p-valor	
		<1 salário-mínimo		1 e 3 salários-mínimos		3 e 5 salários-mínimos		5 e 15 salários-mínimos		>15 salários-mínimos		Não sabe/não quis informar		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		%
Automedicação	Não	67	44,4	42	41,2	66	51,2	33	63,5	12	30,0	13	65,0	0,007*
	Sim	84	55,6	60	58,8	63	48,8	19	36,5	28	70,0	7	35,0	

Medicamento para prevenir a COVID-19	Não	115	76,2	68	66,7	100	77,5	38	73,1	33	82,5	13	65,0	0,273
	Sim	36	23,8	34	33,3	29	22,5	14	26,9	7	17,5	7	35,0	
	Não tomei medicamentos	2	5,6	1	2,9	3	10,3	0	0,0	1	14,3	0	0,0	
Medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por médico?	Não, tomei sem indicação médica	18	50,0	22	64,7	16	55,2	5	35,7	6	85,7	2	28,6	0,055
	Sim, foi prescrito por médico	16	44,4	11	32,4	10	34,5	9	64,3	0	0,0	5	71,4	
Considera a COVID-19 uma doença perigosa?	Não	5	3,3	3	2,9	5	3,9	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0,530
	Sim	146	96,7	99	97,1	124	96,1	50	96,2	40	100	20	100	
Teve sintomas da COVID-19	Não	106	70,2	79	77,5	95	73,6	34	65,4	27	67,5	16	80,0	0,532
	Sim	45	29,8	23	22,5	34	26,4	18	34,6	13	32,5	4	20,0	
Está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?	Não	104	68,9	63	61,8	102	79,1	34	65,4	31	77,5	13	65,0	0,062
	Sim	47	31,1	39	38,2	27	20,9	18	34,6	9	22,5	7	35,0	

Teste Exato de Fisher; significância $p < 0,05$

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 levou a alterações de rotina que impactam diretamente na vida de bilhões de pessoas no mundo. Assim, como em outros locais do Brasil, no estado da Paraíba, a partir de março de 2020, foram impostas medidas de restrições sociais como forma de minimizar a curva de surto de propagação da COVID-19 (Governo da Paraíba, 2020).

Os dados deste estudo foram coletados durante diferentes momentos da pandemia de COVID-19. O primeiro momento de coleta ocorreu entre setembro e outubro de 2020, neste período, não havia o emprego de vacinas para combater o vírus, e a principal forma de enfrentamento eram as medidas não farmacológicas, como distanciamento social e *lockdown*, bem como, a higienização das mãos e o uso de máscaras. Ressalta-se que nesta etapa de coleta havia decorrido apenas 6 meses da declaração de pandemia pela OMS, e também a maior parte do Brasil e dos municípios do estado da Paraíba estavam sob medidas mais rígidas de restrição social.

No segundo momento de coleta, realizado entre junho e julho de 2021, já havia uma maior flexibilização com relação as restrições sociais, algumas IES do estado da Paraíba, inclusive, já haviam retornado para algumas atividades presenciais. Além disso, até o final de julho desse ano, 1.772.148 pessoas do estado da Paraíba haviam recebido a primeira dose da vacina anti-COVID-19 e 716.078 receberam duas doses ou dose única da vacina contra essa doença (Governo do Estado da Paraíba, 2021; Ministério da Saúde, 2021; Portal de notícias da Globo, 2021).

Aspectos gerais de saúde, isolamento social, automedicação, comunicação em distintos momentos da pandemia de COVID-19

No primeiro momento de coleta, 70,6% dos participantes afirmaram estar em isolamento social, já no segundo momento, 65,9 % dos participantes afirmou ainda está em isolamento social. Observou-se que a medida que foi ocorrendo a flexibilização das ações

restritivas e ampliando o número de indivíduos vacinados, os participantes foram saindo do isolamento social. Somado a isso, acredita-se que essa redução no número de isolados pode ter ocorrido também pelo fato dos indivíduos terem se adaptado a presença da doença na comunidade.

Os dados revelam que, à medida que a pandemia se estendeu, mais pessoas foram acometidas pelo COVID-19 e com o passar do tempo a maior parte dos participantes ainda encontrava-se trabalhando em casa. Apesar de ter aumentado o número de pessoas que exercem atividades na forma presencial. Esses resultados confirmaram que as atividades acadêmicas à distância ainda eram predominantes nas instituições do ensino superior do estado da Paraíba apesar das mudanças de cenário ao longo da pandemia.

Foi observado, no primeiro momento de coleta que, aproximadamente, metade dos participantes afirmaram possuir algum transtorno mental, achados da literatura demonstraram que indivíduos da comunidade, como estudantes e docentes, comumente apresentam problemas de saúde mental (Almeida et al., 2018; Pedrelli et al., 2021). Para os universitários, esses problemas podem ser decorrentes das pressões das atividades acadêmicas (Pedrelli et al., 2021). Estudo sobre docentes mencionou que, pelas características laborais, esses profissionais estão mais sujeitos ao desenvolvimento de transtornos mentais do que outros (Almeida et al., 2018).

Também, se verificou que, no primeiro momento, a maioria dos participantes afirmou que o isolamento social piorou suas condições de saúde mental e percebeu alterações na sua saúde mental, sentindo principalmente angústia, ansiedade e medo. Esses achados vão de encontro a outros estudos, os quais detectaram que a pandemia de COVID-19 impactou na saúde mental da comunidade acadêmica (Garvey et al., 2021; Gomes et al. 2021).

Ao comparar o momento 1 e 2, observou-se que, no decorrer da pandemia, e apesar da flexibilização das restrições sociais, os participantes se sentiram mais depressivos, ansiosos e

tristes, o relato dessa ansiedade e tristeza aumentaram significativamente no momento 2. As análises do SRQ nos distintos momentos de coleta, também revelou a presença de transtornos mentais menores de modo geral, com a média do SRQ significativamente maior no momento 2 do que no 1, o que demonstra maior comprometimento da saúde mental no segundo momento.

Estudos longitudinais sobre a pandemia de COVID-19, reforçam o impacto negativo sobre a saúde mental, com variações dessa ao longo do tempo (Wang et al., 2020; Ribeiro et al., 2021; Stroud & Gutman et al., 2021). Identificou-se, inclusive, agravamento de sintomas de transtornos mentais, como o transtorno de estresse pós-traumático, após um mês de acompanhamento dos participantes durante a Pandemia (Wang et al., 2020).

Os resultados do presente estudo permitem reforçar que esse impacto negativo sobre a saúde mental pode persistir ao longo do tempo e, até mesmo serem intensificados. O prolongamento da pandemia, as alterações de rotinas e hábitos, medo de contágio, restrições sociais, bem como, preocupações sobre as condições financeiras podem estar envolvidos na intensificação desses sintomas (Lobo & Rieth, 2021).

Percebeu-se, no momento 2, um aumento significativo na realização de atividades para cuidar da saúde mental, sobretudo no que diz respeito a viagens e passeios, bem como terapia farmacológica, cuja frequência de uso foi duplicada no momento 2 em relação ao momento 1. Além disso, as pessoas buscaram realizar mais consultas por telessaúde, e as áreas que mais se destacaram foram medicina e psicologia, essa última área está diretamente relacionada a saúde mental. E isso demonstra mais uma vez a preocupação dos participantes nesse aspecto.

Dessa maneira, esses resultados revelam que os participantes ampliaram seus cuidados com a saúde, em especial sobre a saúde mental. Pode-se inferir, assim, que o cenário gerado pela pandemia impactou de tal forma na saúde mental que as pessoas estão se

voltando para esses cuidados, seja com a ajuda profissional ou não. Se destaca também o aumento do uso de fármacos voltados para a saúde mental, abrindo um precedente para discutir sobre a necessidade de mais investigações desse uso e da prescrição demasiada desses fármacos, os quais geralmente são de controle especial e causam tolerância e dependência.

Ainda sobre o uso de fármacos, observou-se que a população estudada costuma tomar medicamentos sem indicação médica, fato constante em ambos momentos mensurados. Sobre o uso de medicamentos para tratar a COVID-19, a maioria dos participantes afirmou não ter feito uso de medicamento para a prevenção dessa doença. A maior parte que optou por tomar medicamentos para prevenir a COVID-19 realizou por própria decisão, ou seja, realizou a automedicação. Entretanto, observou-se que, sobretudo no primeiro momento, a prescrição médica ocorreu com alta frequência, que foi diferente estatisticamente do segundo momento, quando esta prescrição foi menor.

Sugere-se que essa diferença na frequência de prescrição pode ter acontecido em virtude de alguns fatores como: aumento do conhecimento sobre a própria COVID-19, ampliação do estudo de fármacos sobre essa doença e os efeitos positivos da vacinação.

Destaca-se também que a ivermectina foi o medicamento mais utilizado nos dois momentos, seguido de nitazoxanida e Azitromicina. Estes dois últimos tiveram seu consumo reduzido significativamente no momento 2. A ivermectina é um medicamento de venda livre, sem a necessidade de receita médica, e teve atividade antiviral demonstrada contra o SARS-COV-2 apenas *in vitro* (Carly et al., 2020; ANVISA, 2020).

Em um primeiro momento da pandemia, onde não se tinha muito conhecimento sobre a COVID-19, muitos fármacos foram difundidos como positivos no tratamento e prevenção dessa patologia. A falta de um tratamento específico baseado em pesquisas clínicas pode ter levado as pessoas a se automedicarem (Da Rocha Pitta et al., 2021).

Estudo realizado sobre o perfil da automedicação no Brasil, também indicou que a azitromicina e a ivermectina estão entre os fármacos mais utilizados no combate e prevenção da COVID-19 (da Rocha Pitta et al., 2021). Apesar desses levantamentos, ainda não há consenso sobre o efeito benéfico de tais fármacos na prevenção e tratamento da COVID-19. Enfatiza-se também, que nem a Anvisa, EMA (agência europeia de medicamentos) ou FDA autorizou o uso desses fármacos para a prevenção e tratamento dessa doença (ANVISA, 2020e; EMA, 2021; FDA, 2020).

Até o momento, há medicamentos que são aprovados pela ANVISA para o tratamento da COVID-19, são eles: REGN-CoV-2, associação dos anticorpos banlanivimabe e etesevimabe, Regkirona e Sotrovimabe. Esses medicamentos devem ser utilizados no tratamento de casos específicos dessa doença, e não como forma de prevenção (ANVISA, 2021a, b, c).

Sobre a voz e comunicação nos momentos pesquisados, pôde-se observar que a autoavaliação vocal por meio da pergunta “como você avalia sua voz?” demonstrou uma diferença na percepção vocal da comunidade acadêmica, onde a frequência de indivíduos que considerava a voz “boa” e “excelente” no momento 1 era significativamente maior do que no momento 2. Essa diferença na percepção da voz, observada neste estudo, pode ter ocorrido em virtude do prolongamento das atividades em *homeoffice*, bem como, do aumento das relações via redes sociais.

Pesquisa aponta que a migração para o *homeoffice* poderia implicar num aumento na disfonia e no desconforto do trato vocal (Kenny et al., 2020). A duração de conversações ou ensino via videoconferências implicaria em adaptações ergonômicas que poderiam refletir na voz e comunicação (Siqueira et al., 2021). Além disso, o aumento dessa exposição virtual poderia ter acarretado no aumento da autopercepção e autocobrança em relação à voz.

Embora se tenha percebido essa alteração na autopercepção da voz no momento 2 da coleta, não houve diferença significativa na qualidade de vida em voz e também na comunicação avaliada pelo TACCOM, entre os momentos estudados.

Saúde mental, performance comunicativa e automedicação relacionada ao isolamento social em distintos momentos da pandemia de COVID-19

Ao dividir a amostra de acordo com o relato de isolamento social, para cada um dos momentos observou-se que, no momento 1, o grupo que realizou isolamento obteve maior média, com o agravamento de sintomas mentais e aumento do sofrimento psicológico.

No momento 2, não foi observada diferença nos indicativos para transtornos psiquiátricos menores entre aqueles que estavam em isolamento social e os que não estavam. Essa diferença nos achados com relação ao isolamento podem ser resultado de, num primeiro momento, o impacto desse isolamento sobre a saúde mental pode ter sido maior na comunidade acadêmica, e no decorrer do tempo, as outras implicações da pandemia tenham refletido mais sobre a saúde mental do que o isolamento em si.

Pesquisas sobre surtos epidemiológicos revelaram que as pessoas são psicologicamente afetadas nessas situações, sem necessariamente ter adquirido a doença ou estar em isolamento social (Sim et al., 2010).

Ademais, não se observou relação entre os sentimentos (triste, ansioso, deprimido, estressado, feliz e entusiasmado) e o isolamento nos momentos investigados, ou seja, os indivíduos apresentaram sentimentos de forma semelhante, independente do isolamento. A literatura demonstra que vários fatores como, estresse, ansiedade, mau humor, medo, frustração e tédio poderiam ser precipitados pela COVID-19 e suas consequências (restrições sociais, perda de emprego, medo contrair a doença, dentre outros) (Raza et al., 2020).

Pesquisa realizada no Brasil destacou que os participantes se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, ansiosos ou nervosos no início da pandemia, mas não investigaram sobre esses sentimentos a longo prazo (Barros et al., 2020).

Os estudos longitudinais sobre a temática, realizado durante medidas restritivas mais rígidas, verificaram que as pessoas se encontravam psicologicamente afetadas, porém com oscilações sobre a saúde mental (Fancourt et al., 2020; Wang et al., 2020). Esses últimos estudos envolviam um curto intervalo entre as coletas, diferente da presente pesquisa. Enfatiza-se que os sentimentos/sensações foram investigados no presente estudo devido a saúde mental englobar, entre outros fatores, as emoções e sentimentos que ocorrem no dia-a-dia (OMS, 2021e).

Sobre os aspectos da comunicação, foi observado um maior comprometimento daqueles que estavam em isolamento social num primeiro momento. O que também poderia ser decorrente da imposição repentina das medidas restritivas e a posterior adaptação ou melhor aceitação dos indivíduos a essa nova realidade, independente do autoisolamento. Uma vez que não foi observada diferença na comunicação no segundo momento.

Os resultados deste estudo revelaram um maior comprometimento da comunicação do grupo que estava em isolamento social, no primeiro momento, grupo que apresentou mais frequentemente a presença de transtornos menores. A literatura já demonstra que alterações psicológicas estão associadas a problemas vocais, mesmo sem envolver a causalidade (Costa et al., 2013; Almeida et al., 2014).

Além disso, se destaca aqui, que parte da comunidade acadêmica é composta por profissionais cuja as atividades laborais envolvem a comunicação e voz. E estudo demonstra que a falta de habilidade em tecnologias da informação, a autocobrança e a pressão das IES para adaptação ao novo modelo de trabalho, somada à necessidade de gerenciar os afazeres laborais e domésticos são fatores que podem levar a um sofrimento psicológico (Gomes et al.,

2021). Devido a relação que existe entre comunicação, voz e saúde mental defende-se que esse tal sofrimento pode refletir no desempenho da comunicação, principalmente no período de adaptação ao *homeoffice*.

Sobre a relação entre utilização de medicamentos durante a pandemia e a realização do isolamento social, constatou-se que maioria participantes não costuma se automedicar, independentemente de ter feito isolamento ou não.

Grande parte deles não fez uso de medicamentos para prevenção da COVID-19, mas a frequência dos que fizeram no momento 1 foi significativamente maior para o grupo que não fez isolamento do que para o que fez. Essa constatação pode ser decorrente da desinformação sobre a prevenção envolvendo medicamentos, onde esses participantes poderiam se sentir protegidos da COVID-19 pelo uso desses fármacos, sem eficácia comprovada para tal, e consequentemente não realizavam o isolamento social.

Enfatiza-se que o primeiro momento de coleta ocorreu aproximadamente 6 meses do início da pandemia. Nesse período havia a divulgação do “kit COVID”, difundido no Brasil para “tratamento precoce” da COVID-19 (Santos-Pinto et al., 2021). E somado aos danos psicossociais decorrentes da pandemia poderia ter levado a automedicação constatada no presente estudo.

Comparações e associações

Foram realizadas associações e comparações, para observar a relação entre regulação emocional, performance comunicativa, qualidade de vida em voz e os transtornos mentais menores.

Inicialmente, a amostra foi dividida em dois grupos de acordo com o resultado do SRQ, ou seja, de acordo com a presença e ausência de transtornos mentais menores. Observou-se que a presença de transtornos mentais teve relação com o pior desempenho comunicativo dos indivíduos. Esses resultados reforçam o reflexo das condições de saúde

mental sobre a comunicação, observações que estão em consonância com a literatura, como mencionado anteriormente (Costa et al., 2013; Almeida et al., 2014; Da Rocha et al., 2015).

Também foi observada significativa redução da regulação emocional, tanto nos domínios reavaliação cognitiva, quanto supressão emocional, apenas no momento 1. Assim, percebeu-se uma relação entre presença de transtornos mentais menores e redução da regulação emocional na população estudada.

Também foi investigada a relação entre os aspectos sociais - sexo, escolaridade e renda familiar -, saúde mental e comunicativos da população estudada. Onde foi possível observar que os indivíduos do sexo feminino apresentaram maior média no SRQ do que os do sexo masculino. Além disso, também foi observada diferença significativa nas médias da supressão emocional, onde os homens apresentaram valores de escore maior. Dessa forma, pode-se inferir que as mulheres apresentaram maior comprometimento na saúde mental que os homens durante o período de isolamento social. Esse resultado assemelha-se a outros estudos também realizados no momento da pandemia de COVID-19 com universitários, e revelou que as participantes do sexo feminino tiveram alterações psicológicas mais acentuadas do que os homens (Garvey et al., 202; Ribeiro et al., 2021).

Estudo de revisão revela que o perfil mais afetado psicologicamente pela pandemia de COVID-19 era de: mulheres, jovens, solteiras, de baixa renda e pouca escolaridade (Lobo et al., 2021). Além disso, as mulheres apresentam números mais altos de comprometimento de saúde mental, e em situação de pandemia, com *homeoffice*. E o acúmulo de atividade laborais acrescidos a atividades domésticas poderiam refletir ainda mais negativamente sobre a saúde mental feminina (Gomes et al., 2021). O presente estudo vem a reforçar dados como esse, e dessa maneira, estimular a reflexão sobre a origem desse impacto negativo nas mulheres.

Ainda foi possível observar que as mulheres relataram fazer mais automedicação, ter tomado medicamentos para prevenir a COVID-19 e estar em isolamento social, com maior frequência do que homens. Pode-se dizer então, que o sexo está associado a esses fatores.

Estudo também reportou que as mulheres fizeram mais frequentemente uso de medicamentos para prevenir a COVID-19 do que os homens (da Rocha Pitta et al., 2021). Ademais, no presente estudo, observou-se que a automedicação está associada à renda, em que a maior frequência de indivíduos que fazem uso de medicação sem prescrição está no grupo que recebe mais de 15 salários-mínimos. Tal observação poderia ser justificada devido à alta renda possibilitar um maior poder de compra e, conseqüentemente, maior facilidade de adquirir medicamentos.

Percebeu-se também que indivíduos com ensino superior completo apresentam maior impacto na saúde mental, mas apresentam melhor performance comunicativa. Ao correlacionar as classes dos membros da comunidade acadêmica com as variáveis relacionada a saúde mental, se observou que os grupos de estudantes apresentaram maior comprometimento na saúde mental, no que diz respeito aos transtornos mentais menores. Infere-se aqui que esses membros da comunidade acadêmica estariam mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais menores, como depressão e ansiedade. Assim como os resultados do presente estudo, pesquisas realizadas entre os universitários já demonstram que a pandemia impacta de forma negativa sobre esses membros da academia (Garvey et al., 2020; Ribeiro et al., 2021). Inclusive, estudo que compara o período antes e após a pandemia, encontrou níveis maiores de ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários (Maia & Dias, 2020)

Em relação ao TACCOM, destacou-se o grupo de professores, foi diferente dos demais, pois esses profissionais apresentaram maiores escores no questionário e, portanto, melhor performance comunicativa. Compreende-se que isso ocorreu, em virtude dos

professores serem profissionais da voz, adaptados aos desafios da comunicação. E apesar das adequações envolvendo o *homeoffice*, esses conseguem ter um melhor desempenho comunicativo quando comparado aos grupos que não utilizam a comunicação verbal como principal ferramenta de trabalho.

Limitações e considerações finais

Este estudo apresentou como principais limitações, a redução no número dos participantes no segundo momento de coleta. Acredita-se que isso ocorreu devido a mudança de cenário durante a pandemia, com a flexibilização das restrições sociais, ampliação da vacinação anti-COVID-19, redução no número de casos, e consequente diminuição do isolamento social e do interesse sobre a temática.

Outra limitação seria a compreensão do conceito de isolamento social por parte dos participantes, e sobre a efetividade da realização desse isolamento, uma vez que a separação dos grupos em “socialmente isolados” e “não isolados” foi baseada apenas no relato dos participantes.

Além disso, por mais que os questionários utilizados pudessem abranger muitos fatores que interferissem na saúde mental, automedicação e na performance comunicativa, outras condições que não foram contempladas pelos questionários poderiam interferir nas investigações. E também, pela característica do estudo, não se pode estabelecer a causalidade entre as variáveis estudadas, mas sim demonstrar a relação entre as mesmas.

Enfatiza-se que este estudo permitiu analisar a relação entre fatores relevantes da pandemia de COVID-19, os quais podem impactar na saúde e qualidade de vida da comunidade acadêmica. Em especial, possibilitou observar que o isolamento social pode impactar na saúde mental e na comunicação, em um primeiro momento. Pode-se dizer que esse isolamento estava associado ao surgimento de transtornos mentais menores, como ansiedade e depressão.

Observou-se que diante da mudança do cenário pandêmico (com a redução das restrições sociais, campanhas de vacinação anti-COVID-19, aumento do conhecimento sobre o tratamento dessa doença e outros) esse isolamento não refletiu na comunicação e saúde mental. Também se percebeu que esse isolamento não interferiu na automedicação e qualidade de vida em voz. Destaca-se também a diferença entre os sexos no comprometimento na saúde mental e sobre a automedicação durante a pandemia de COVID-19.

Dessa forma, os principais achados desse estudo podem contribuir com a escolha de estratégias nos cuidados na saúde mental da comunidade acadêmica, e até mesmo, possibilita expandir essas estratégias para a comunidade em geral. Assim, acredita-se que as observações deste estudo podem colaborar com a escolha de medidas a serem adotadas pelos serviços de saúde nesses cuidados, em especial frente a uma pandemia como a da COVID-19, e suas implicações.

Também, pode auxiliar na compreensão da automedicação e utilização de medicamentos voltados também para prevenção da COVID-19 e tratamento de sintomas mentais, nessa comunidade. Desse modo, poderá auxiliar no desenvolvimento de medidas socioeducativas para o uso racional e seguro dos medicamentos, sobretudo diante de surtos epidemiológicos.

Ademais, o presente estudo permitiu conhecer sobre a performance comunicativa e também compreender sobre o impacto na qualidade de vida relacionada à voz durante o isolamento social promovido pela pandemia da COVID-19. Com base nesses conhecimentos, os profissionais empenhados em aperfeiçoar a comunicação e os aspectos vocais poderão adotar métodos direcionados para o aperfeiçoamento do desempenho vocal e comunicativo em períodos de isolamento social, principalmente com a ampliação do *homeoffice*.

Ressalta-se a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, as quais possam envolver também o período pós-pandemia, com a finalidade de compreender melhor sobre a repercussão da pandemia e do isolamento social na comunidade.

CAPÍTULO V: CONCLUSÃO

O isolamento social impactou na saúde mental e na comunicação da comunidade acadêmica do estado da Paraíba. Embora, com a continuidade da pandemia, esse isolamento não repercutiu sobre a comunicação e saúde mental. Além disso, o isolamento social não influenciou na qualidade de vida em voz e automedicação.

Foram rastreadas a presença de transtornos mentais menores em ambos os momentos investigados. Os participantes se sentiram mais frequentemente depressivos, ansiosos e tristes. A continuidade da pandemia intensificou a presença desses transtornos, bem como os sentimentos relacionados à tristeza e ansiedade. Apesar disto, não foi observada diferença significativa na regulação emocional entre os momentos analisados.

Ainda comparando os momentos, não foi observada diferença significativa na comunicação e qualidade de vida em voz, apesar da autopercepção da voz ter sido alterada no momento 2.

Sobre a automedicação, observou-se que a população estudada costuma fazer uso de medicamentos sem prescrição, fato constante em ambos momentos mensurados. Destaca-se também que a ivermectina foi o medicamento mais utilizado na prevenção da COVID-19 nos dois momentos investigados, seguido de nitazoxanida e Azitromicina. Estes dois últimos tiveram seu consumo reduzido significativamente no momento 2.

Ainda foi possível observar que as mulheres apresentaram maior comprometimento na saúde mental, relataram fazer mais automedicação na prevenção da COVID-19 e, estavam em isolamento social com maior frequência do que homens.

Ademais, constatou-se que o grupo dos estudantes estavam mais sujeitos a apresentarem transtornos mentais, e os professores apresentaram melhor performance comunicativa.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. N., Behlau, M., dos Santos Ramos, N., Barbosa, I. K., & Almeida, A. A. (2020). Factor Analysis of the Brazilian Version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Questionnaire. *Journal of Voice*.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2020). Nota de esclarecimento. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/nota-de-esclarecimento-sobre-a-ivermectina>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2021). Anvisa aprova o uso emergencial de mais uma associação de anticorpos contra o novo coronavírus. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/anvisa-aprova-o-uso-emergencial-de-mais-uma-associacao-de-anticorpos-contra-o-novo-coronavirus>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2021). Anvisa aprova o uso emergencial de mais uma associação de anticorpos contra o novo coronavírus. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-autoriza-uso-emergencial-de-novo-medicamento-para-covid-19>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2021). Anvisa aprova o uso emergencial de mais uma associação de anticorpos contra o novo coronavírus. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-autoriza-uso-emergencial-de-mais-um-medicamento-contra-covid-19>
- Aquino, E. M., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., Souza-Filho, J. A. D., Rocha, A. D. S., ... & Lima, R. T. D. R. S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2423-2446.

- Baptista, A. B., & Fernandes, L. V. (2020). COVID-19, análise das estratégias de prevenção, cuidados e complicações sintomáticas. *DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 7(Especial-3), 38-47.
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L. D., Nascimento, P. P. P. D., & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 10-18.
- Barros-Delben, P., Cruz, R. M., Trevisan, K. R. R., Gai, M. J. P., de Carvalho, R. V. C., Carlotto, P. A. C., ... & Malloy-Diniz, L. F. (2020). Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. *Debates em Psiquiatria*, 10(2), 18-28.
- Behlau (2014). O Desafio De Falar Em Público - Base Conceitual e Estratégias de Enfrentamento. *Anais Do Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia*.
- Behlau, (2012). Teste De Autoavaliação Da Competência Na Comunicação -TACCOM. Disponível Em: www.cevfono.com
- Beigel, J. H., Tomashek, K. M., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., ... & Lane, H. C. (2020). Remdesivir for the treatment of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(19), 1813-1826.
- Besser, A., Lotem, S., & Zeigler-Hill, V. (2020). Psychological stress and vocal symptoms among university professors in Israel: implications of the shift to online synchronous teaching during the COVID-19 pandemic. *Journal of Voice*.
- Bezerra, A. C. V., Silva, C. E. M. D., Soares, F. R. G., & Silva, J. A. M. D. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2411-2421.
- Boian, A. C., Soares, D. S. M., & Silva, J. (2009). Questionário de Regulação Emocional adaptado para a população brasileira. Retrieved December 15, 2010.

- Bosch, B. J., Van der Zee, R., De Haan, C. A., & Rottier, P. J. (2003). The coronavirus spike protein is a class I virus fusion protein: structural and functional characterization of the fusion core complex. *Journal of virology*, 77(16), 8801-8811.
- Brant, R., & Mourão, H. C. (2020). Desafios do teletrabalho na pandemia COVID-19: quando o home vira office. *Caderno de Administração*, 28(edição E), 71-75.
- Cabral, I. A. L. (2020). A Utilização De Máscaras Durante A Pandemia Do Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e suas Implicações Na Comunicação. *Revista Interface-Integrando Fonoaudiologia e Odontologia*, 1(1), 105-109.
- Carly, L., Druce, J. D., Catton, M. G., Jans, D. A., & Wagstaff, K. M. (2020). The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. *Antiviral research*, 178, 104787.
- Cavalcanti, A. B., Zampieri, F. G., Rosa, R. G., Azevedo, L. C., Veiga, V. C., Avezum, A., ... & Berwanger, O. (2020). Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(21), 2041-2052.
- Cetron, M., & Landwirth, J. (2005). Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *The Yale journal of biology and medicine*, 78(5), 329.
- Chauhan, V., Galwankar, S., Raina, S., & Krishnan, V. (2020). Proctoring hydroxychloroquine consumption for health-care workers in India as per the revised national guidelines. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 13(2), 172-173.
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, 395(10223), 507-513.
- Coltart, C. E., & Collet-Fenson, L. (2021). Future developments in prevention, diagnosis and treatment of COVID-19. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.

Conselho Federal de Farmácia. (2019).

https://www.cff.org.br/userfiles/file/Uso%20de%20Medicamentos%20-%20Relat%c3%b3rio%20_final.pdf

Conselho Federal de Farmácia. (2020). <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5747>

Contreras-Ruston, F., Cantor, L., Codino, J., Guzman, M., Malebran, C., Manzano, C., ... &

Wilder, F. (2020). Terapia de voz en el contexto de la pandemia covid-19; recomendaciones para la práctica clínica.

Coutard, B., Valle, C., de Lamballerie, X., Canard, B., Seidah, N. G., & Decroly, E. (2020).

The spike glycoprotein of the new coronavirus 2019-nCoV contains a furin-like cleavage site absent in CoV of the same clade. *Antiviral research*, 176, 104742.

da Rocha Pitta, M. G., de Lima, L. P., de Carvalho, J. S., Teixeira, D. R. C., de Sousa Nunes,

T. R., da Silva Moura, J. A., ... & da Rocha Pitta, I. (2021). Análise do perfil de automedicação em tempos de COVID-19 no Brasil. *Research, Society and Development*, 10(11), e28101119296-e28101119296.

Deolmi, M., & Pisani, F. (2020). Psychological and psychiatric impact of COVID-19 pandemic

among children and adolescents. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(4).

Dias, J. A. A., Dias, M. F. S. L., Oliveira, Z. M., de Freitas, L. M. A., Santos, N. C. N., &

Freitas, M. D. C. A. (2020). Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10.

DiNicolantonio, J. J., Barroso-Arranda, J., & McCarty, M. (2020). Ivermectin may be a

clinically useful anti-inflammatory agent for late-stage COVID-19. *Open Heart*, 7(2), e001350.

Eldeleklioglu, J., & Eroglu, Y. (2015). A Turkish adaptation of the emotion regulation

questionnaire. *Journal of Human Sciences*, 12(1), 1157-1168.

- European Medicines Agency. (2021). EMA advises against use of ivermectin for the prevention or treatment of COVID-19 outside randomised clinical trials <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-advises-against-use-ivermectin-prevention-treatment-covid-19-outside-randomised-clinical-trials>
- Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2020). Trajectories of depression and anxiety during enforced isolation due to COVID-19: longitudinal analyses of 36,520 adults in England. *MedRxiv*.
- Figueiras, A., Caamano, F., & Gestal-Otero, J. J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *European journal of epidemiology*, *16*(1), 19-26.
- Fiocruz (2020). Notícias e artigos. <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1785-quais-exames-sao-usados-para-o-diagnostico-da-covid-19>
- Food and Drug Administration (2021). FDA Issues Emergency Use Authorization for Third COVID-19 Vaccine. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-issues-emergency-use-authorization-third-covid-19-vaccine>
- Ganyani, T., Kremer, C., Chen, D., Torneri, A., Faes, C., Wallinga, J., & Hens, N. (2020). Estimating the generation interval for coronavirus disease (COVID-19) based on symptom onset data, March 2020. *Eurosurveillance*, *25*(17), 2000257.
- Gao, Z., Xu, Y., Sun, C., Wang, X., Guo, Y., Qiu, S., & Ma, K. (2021). A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, *54*(1), 12-16.
- Garvey, A. M., García, I. J., Ojal Franco, S. H., & Fernández, C. M. (2021). The Psychological Impact of Strict and Prolonged Confinement on Business Students during the COVID-19 Pandemic at a Spanish University. *International journal of environmental research and public health*, *18*(4), 1710.

- Gasparini, G., & Behlau, M. (2009). Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. *Journal of Voice*, 23(1), 76-81.
- Gautret, P., Lagier, J. C., Parola, P., Meddeb, L., Mailhe, M., Doudier, B., ... & Raoult, D. (2020). Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International journal of antimicrobial agents*, 56(1), 105949.
- Geleris, J., Sun, Y., Platt, J., Zucker, J., Baldwin, M., Hripcsak, G., ... & Schluger, N. W. (2020). Observational study of hydroxychloroquine in hospitalized patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(25), 2411-2418.
- Gomes¹, A. H. D., Rocha¹, A. K. A., de Sousa Viana¹, T., & Bachur, T. P. R. Riscos Da Automedicação Na Pandemia Por COVID-19: O Dilema entre informações midiáticas e científicas. *Copyright© Editora Amplla*, 40.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 380-390.
- Goudouris, E. S. (2021). Laboratory diagnosis of COVID-19. *Jornal de pediatria*, 97, 7-12.
- Gouveia, V. V., Moura, H. M. D., Oliveira, I. C. V. D., Ribeiro, M. G. C., Rezende, A. T., & Brito, T. R. D. S. (2018). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): evidence of construct validity and internal consistency. *Psico-USF*, 23(3), 461-471.
- Governo do Paraná (2020). Campanha fique em casa. <http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Fique-em-casa>
- Gross, J. J. (2001) Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... & Du, B. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine, 382*(18), 1708-1720.
- Guilland, R., Cruz, R. M., & Kaszubowski, E. (2018). Propriedades Psicométricas do Inventário de Fatores Psicológicos de Doenças Relacionadas ao Trabalho: Um Estudo com Trabalhadores de Frigoríficos. *Psico-USF, 23*(3), 539-554.
- Güner, H. R., Hasanoğlu, I., & Aktaş, F. (2020). COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turkish Journal of medical sciences, 50*(SI-1), 571-577.
- Han, Q., Lin, Q., Jin, S., & You, L. (2020). Coronavirus 2019-nCoV: A brief perspective from the front line. *Journal of Infection, 80*(4), 373-377.
- Harding, T. W., De Arango, V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrido-Ignacio, L., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine, 10*(2), 231-241.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases, 10*(7), 1206.
- Heidary, F., & Gharebaghi, R. (2020). Systematic review of the antiviral properties of TRIM56: a potential therapeutic intervention for COVID-19. *Expert Review of Clinical Immunology, 1-12*.
- Heider, C. A., Álvarez, M. L., Fuentes-López, E., González, C. A., León, N. I., Verástegui, D. C., ... & Napolitano, C. A. (2021). Prevalence of Voice Disorders in Healthcare

- Workers in the Universal Masking COVID-19 Era. *The Laryngoscope*, 131(4), E1227-E1233.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.
- Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug safety*, 24(14), 1027-1037.
- Jans, D. A., & Wagstaff, K. M. (2020). Ivermectin as a broad-spectrum host-directed antiviral: the real deal?. *Cells*, 9(9), 2100.
- Jüni, P., Rothenbühler, M., Bobos, P., Thorpe, K. E., da Costa, B. R., Fisman, D. N., ... & Gesink, D. (2020). Impact of climate and public health interventions on the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *Cmaj*, 192(21), E566-E573.
- Junior, V. M., Feuerschütte, S. G., & Sánchez, P. B. (2021). Comunicação nas organizações no contexto da COVID-19. *Revista Gestão Organizacional*, 14(1), 54-76.
- Kai, H., & Kai, M. (2020). Interactions of coronaviruses with ACE2, angiotensin II, and RAS inhibitors—lessons from available evidence and insights into COVID-19. *Hypertension Research*, 43(7), 648-654.
- Kato, T. A., Sartorius, N., & Shinfuku, N. (2020). Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry and clinical neurosciences*.
- Khan, M. S. I., Khan, M. S. I., Debnath, C. R., Nath, P. N., Al Mahtab, M., Nabeka, H., ... & Akbar, S. M. F. (2020). Ivermectin treatment may improve the prognosis of patients with COVID-19. *Archivos de Bronconeumología*, 56(12), 828.
- Kim, J. H., Marks, F., & Clemens, J. D. (2021). Looking beyond COVID-19 vaccine phase 3 trials. *Nature medicine*, 27(2), 205-211.

- Knollman-Porter, K., & Burshnic, V. L. (2020). Optimizing effective communication while wearing a mask during the COVID-19 pandemic. *Journal of gerontological nursing*, 46(11), 7-11.
- Ksiazek, T. G., Erdman, D., Goldsmith, C. S., Zaki, S. R., Peret, T., Emery, S., ... & SARS Working Group. (2003). A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *New England journal of medicine*, 348(20), 1953-1966.
- Kucharski, A. J., Klepac, P., Conlan, A. J., Kissler, S. M., Tang, M. L., Fry, H., ... & Simons, D. (2020). Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(10), 1151-1160.
- Leão, R. H. L., Cordeiro, I. C. O., Pereira, Q. C., Wronski, P. M. A., Da Silva, K. B. S., Salvatierra, V. D. S. R., & Tavares, A. C. M. (2021). Impactos da Covid-19 na saúde vocal dos profissionais em home office. *Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas*, 1(2).
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., Cabaraux, P., Mat, Q., Huet, K., Harmegnies, B., ... & Saussez, S. (2020). Features of mild-to-moderate COVID-19 patients with dysphonia. *Journal of Voice*.
- Letko, M., Marzi, A., & Munster, V. (2020). Functional assessment of cell entry and receptor usage for SARS-CoV-2 and other lineage B betacoronaviruses. *Nature microbiology*, 5(4), 562-569.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., ... & Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England journal of medicine*.
- Li, T., Liu, Y., Li, M., Qian, X., & Dai, S. Y. (2020). Mask or no mask for COVID-19: A public health and market study. *PloS one*, 15(8), e0237691.

- Li, W., Moore, M. J., Vasilieva, N., Sui, J., Wong, S. K., Berne, M. A., ... & Farzan, M. (2003). Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. *Nature*, 426(6965), 450-454.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Lobo, L. A. C., & Rieth, C. E. (2021). Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em debate*, 45, 885-901.
- Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395: 565-74.
- Machielse, A., & Duyndam, J. (2020). Strategies of socially isolated older adults: Mechanisms of emergence and persistence. *Journal of Aging Studies*, 53, 100852.
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.
- Melka, S. E., Lancaster, S. L., Bryant, A. R., & Rodriguez, B. F. (2011). Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1283–1293
- Melo, J. R. R., Duarte, E. C., Moraes, M. V. D., Fleck, K., & Arrais, P. S. D. (2021). Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00053221.
- Ministério da saúde. (2021a). <https://www.gov.br/saude/pt-br>

Ministério da saúde. (2021b).

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210719_Relatorio_banlanivimabe_etesevimabe_COVID_19_CP65.pdf

Nemr, K., Simões-Zenari, M., Almeida, V. C. D., Martins, G. A., & Saito, I. T. (2021). COVID-19 and the teacher's voice: self-perception and contributions of speech therapy to voice and communication during the pandemic. *Clinics*, 76.

Nota técnica. DA, S. E. E. Pandemia de covid-19 na Paraíba. https://coronavidas.net/wp-content/uploads/2021/06/Situacao_da_Pandemia_de_COVID_19_na_Paraiba-1.pdf

Onchonga, D. (2020). A Google Trends study on the interest in self-medication during the 2019 novel coronavirus (COVID-19) disease pandemic. *Saudi Pharmaceutical Journal: SPJ*, 28(7), 903.

Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *Jama*, 323(18), 1775-1776.

Ong, J. J., Bharatendu, C., Goh, Y., Tang, J. Z., Sooi, K. W., Tan, Y. L., ... & Sharma, V. K. (2020). Headaches associated with personal protective equipment—A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 60(5), 864-877.

Organização Mundial da Saúde. (2000). Diretrizes para a avaliação regulatória de medicamentos para uso na automedicação. (No. WHO/EDM/QSM/00.1).

Organização Mundial da Saúde. (2020a). Histórico da pandemia de COVID-19. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

Organização Mundial da Saúde. (2020b). Transmissão de SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333114/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organização Mundial da Saúde. (2021a). Situação epidemiológica. <https://covid19.who.int/>
- Organização Mundial da Saúde. (2021b). Vacinas contra COVID-19. Perguntas frequentes: documento técnico. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53248>
- Organização Mundial da Saúde. (2021c). WHO calls for further studies, data on origin of SARS-CoV-2 virus, reiterates that all hypotheses remain open. <https://www.who.int/news/item/30-03-2021-who-calls-for-further-studies-data-on-origin-of-sars-cov-2-virus-reiterates-that-all-hypotheses-remain-open>
- Organização Mundial da Saúde. (2021d). OMS anuncia nomenclaturas simples e fáceis de pronunciar para variantes de interesse e de preocupação do SARS-CoV-2. <https://www.paho.org/pt/noticias/1-6-2021-oms-anuncia-nomenclaturas-simples-e-faceis-pronunciar-para-variantes-interesse-e>
- Organização Mundial da Saúde. (2021e). Folha informativa sobre COVID-19. <https://www.paho.org/pt/covid19>
- Organização Mundial de Saúde. (2022a). Tracking SARS-CoV-2 variants. <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
- Organização Panamericana da Saúde. (2021). Guia para formular uma estratégia de comunicação de riscos com relação às vacinas contra a COVID-19. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53313/OPASIMSFPLCOVID-19210009_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235.
- Our World In Data (maio de 2021). <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

- Pachetti, M., Marini, B., Benedetti, F., Giudici, F., Mauro, E., Storici, P., ... & Ippodrino, R. (2020). Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant. *Journal of translational medicine*, 18, 1-9.
- Peng, X., Xu, X., Li, Y., Cheng, L., Zhou, X., & Ren, B. (2020). Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International journal of oral science*, 12(1), 1-6.
- Plohl, N., & Musil, B. (2021). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: The critical role of trust in science. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 1-12.
- Pott-Junior, H., Paoliello, M. M. B., Miguel, A. D. Q. C., da Cunha, A. F., de Melo Freire, C. C., Neves, F. F., ... & Chachá, S. G. F. (2021). Use of ivermectin in the treatment of Covid-19: A pilot trial. *Toxicology reports*, 8, 505-510.
- Portal de notícias da globo. (2021, 27 de novembro). <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>
- Pronunciamento técnico, agosto de 1988. O papel do farmacêutico no autocuidado e na automedicação: relatório do 4º Grupo Consultivo da OMS sobre o Papel do Farmacêutico, The Hague.
- Razai, M. S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *Bmj*, 369.
- Recomendação nº 072, de 21 de dezembro de 2020. Conselho Nacional de saúde. <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1555-recomendacao-n-072-de-21-de-dezembro-de-2020>
- Ribeiro, V. V. (2020). Uso da teoria de resposta ao item para validação do teste de autoavaliação de competência comunicativa (TACCOM).
- Ribeiro, L. D. S., Bragé, É. G., Ramos, D. B., Fialho, I. R., Vinholes, D. B., & Lacchini, A. J. B. (2021). Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de uma comunidade acadêmica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34.

- Roma, P., Monaro, M., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Di Domenico, A., ... & Mazza, C. (2020). A 2-Month Follow-Up Study of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Lockdown. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8180.
- Rosenberg, E. S., Dufort, E. M., Udo, T., Wilberschied, L. A., Kumar, J., Tesoriero, J., ... & Zucker, H. A. (2020). Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with COVID-19 in New York State. *Jama*, 323(24), 2493-2502.
- Rosner, E. (2020). Adverse effects of prolonged mask use among health care professionals during COVID-19. *J Infect Dis Epidemiol*, 6, 130.
- Santos, K. O. B., de Araújo, T. M., de Sousa Pinho, P., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 544-544.
- Santos-Pinto, C. D. B., Miranda, E. S., & Osorio-de-Castro, C. G. S. (2021). O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
- Saunders, J. L., & Davis, M. D. (2021). 2020 Year in Review: Pharmacologic Treatments for COVID-19. *Respiratory Care*.
- Sharma, O., Sultan, A. A., Ding, H., & Triggle, C. R. (2020). A Review of the Progress and Challenges of Developing a Vaccine for COVID-19. *Frontiers in immunology*, 11, 2413.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281.

- Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 195-202.
- Siqueira, L. T. D., Dos Santos, A. P., Silva, R. L. F., Moreira, P. A. M., da Silva Vitor, J., & Ribeiro, V. V. (2020). Vocal self-perception of home office workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Voice*.
- Souto, X. M. (2020). COVID-19. *Recital-Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG*, 2(1), 12-36.
- Souza, A., Pinheiro, A. C., Porto, J. M., Costa, J. S. C., & Dias, R. C. N. (2021). COVID-19: Automedicação de indivíduos psicologicamente afetados. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 2718-2731.
- Tsang, H. F., Chan, L. W. C., Cho, W. C. S., Yu, A. C. S., Yim, A. K. Y., Chan, A. K. C., ... & Wong, S. C. C. (2021). An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 19(7), 877-888.
- Universidade Federal do Amazonas. (2020). Fique em casa! Faça sua parte no combate à pandemia do novo Coronavírus. <https://ufam.edu.br/noticias-destaque/1233-fique-em-casa.html>
- Vincent, M. J., Bergeron, E., Benjannet, S., Erickson, B. R., Rollin, P. E., Ksiazek, T. G., ... & Nichol, S. T. (2005). Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virology journal*, 2(1), 1-10.
- Wang, E. A., Zenilman, J., & Brinkley-Rubinstein, L. (2020). Ethical considerations for COVID-19 vaccine trials in correctional facilities. *Jama*, 324(11), 1031-1032.

- Wang, M., Cao, R., Zhang, L., Yang, X., Liu, J., Xu, M., ... & Xiao, G. (2020). Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell research*, 30(3), 269-271.
- Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *Jama*, 324(8), 782-793.
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*.
- Wong, M. C., Cregeen, S. J. J., Ajami, N. J., & Petrosino, J. F. (2020). Evidence of recombination in coronaviruses implicating pangolin origins of nCoV-2019. *BioRxiv*.
- Worby, C. J., & Chang, H. H. (2020). Face mask use in the general population and optimal resource allocation during the COVID-19 pandemic. *Nature communications*, 11(1), 1-9.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64.
- Yuki, K., Fujiogi, M., & Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical immunology*, 215, 108427.
- Zhai, P., Ding, Y., Wu, X., Long, J., Zhong, Y., & Li, Y. (2020). The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *International journal of antimicrobial agents*, 55(5), 105955.

- Zheng, Y. Y., Ma, Y. T., Zhang, J. Y., & Xie, X. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system. *Nature Reviews Cardiology*, *17*(5), 259-260.
- Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., ... & Shi, Z. L. (2020). Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin. *BioRxiv*.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre o impacto do isolamento social na saúde mental, automedicação e performance comunicativa durante a pandemia de COVID-19, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Polyanna de Lima Arruda Silva, aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento (PPGNEC) da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra. Anna Alice Figueirêdo de Almeida. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CAAE: 34254420.4.0000.5188.

O objetivo principal do estudo é verificar o impacto do isolamento social na saúde mental, automedicação, bem como sobre a performance comunicativa na comunidade acadêmica das instituições de ensino superior do Estado da Paraíba, durante a pandemia de COVID-19.

A finalidade deste trabalho é contribuir com a escolha de políticas públicas e demais medidas a serem adotadas pelos serviços de saúde nos cuidados na saúde mental da população frente a uma pandemia como a de COVID-19. Poderá, também, auxiliar no desenvolvimento de medidas socioeducativas para o uso racional e seguro dos medicamentos, principalmente diante de surtos epidemiológicos. Além disso, possibilitará conhecer sobre a performance comunicativa (desempenho na forma de se comunicar) e compreender sobre o impacto na qualidade de vida relacionada a voz, o que poderá colaborar na escolha de medidas para minimizar ou aperfeiçoar o desempenho na comunicação em períodos de isolamento social.

Esta pesquisa tem como benefícios direto: contribuir para o autoconhecimento dos participantes em relação as condições gerais de saúde mental, decisão de se automedicar (consumir medicamentos sem prescrição médica), das condições da sua voz e da sua performance comunicativa durante a pandemia de COVID-19. Bem como, será ofertado aos participantes uma devolutiva sobre rastreio de transtornos mentais menores (ansiedade, depressão, distúrbios somatoformes e neurastenia), rastreio tal que será aferido por meio das respostas obtidas em questionário. Os benefícios indiretos são: compreender sobre o impacto do isolamento social na saúde mental e automedicação, e também sobre a performance comunicativa durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19.

Solicitamos a sua colaboração para a responder a questionários on-line (sobre os aspectos sociodemográficos, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19, além de instrumentos para verificar a regulação

emocional (capacidade do indivíduo lidar com situações estressantes e desafiadoras de maneira saudável, sem deixar que elas causem prejuízos em sua vida, rotina ou relacionamento), transtornos menores e a comunicação, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos diretos, mas pode ocorrer desconfortos ao responder o questionário, como arrependimento ou constrangimento, e nesse caso, o voluntário poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável para informar de tais desconfortos e solicitar a exclusão das informações fornecidas nos questionários ou apenas desistir de dar prosseguimento à pesquisa sem nenhuma penalidade.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____/_____/_____

Marque um X caso concorde
participar e siga a pesquisa.

Assinatura do Pesquisador responsável

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para:

Polyanna de Lima Arruda Silva

Telefone: (83) 99604-9067

E-mail: polyannarruda@gmail.com

Vinculada ao Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento –
PPGNeC da UFPB (CCHLA - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes)

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: **comitedeetica@ccs.ufpb.br**

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO I - CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE E ISOLAMENTO SOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19

Sujeito: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo biológico: () Feminino () Masculino

Cidade onde reside: _____ Estado: _____

Instituição em que trabalha/ estuda: _____

Qual o seu vínculo com a instituição:

() Estudante de graduação () Estudante de pós-graduação () Professor

() Técnico administrativo

Escolaridade:

() Fundamental I (até 5º ano/ 4ª série)

() Fundamental II (Até 9º ano / 8ª série)

() Ensino médio completo

() Ensino superior completo

() Pós-graduação completa

Profissão:

Renda familiar:

() Menos que 1 salário mínimo

() Entre 1 e 3 salários mínimos

() Entre 3 e 5 salários mínimos

() Entre 5 e 15 salários mínimos

() Mais que 15 salários mínimos

() Não sabe ou não quis informar

Aspectos sociais, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde

1. Você considera a COVID-19 (doença ocasionada pelo novo coronavírus) uma doença perigosa?

() Não () Sim

2. Você teve sintomas da COVID-19

() Não () Sim

3. Você fez exames laboratoriais para diagnosticar a COVID-19?

() Não () Sim

4. Você conhece alguém que teve a COVID-19?
 Não Sim
5. Você teve contato com alguém que estava com a COVID-19?
 Não Sim
6. Você tomou algum medicamento para prevenir a COVID-19?
 Não Sim
7. Qual foi o medicamento que você utilizou para prevenção da COVID-19?
 Cloroquina/ hidroxicloroquina
 Azitromicina
 Heparina
 Ivermectina
 Outro: _____(escreva o nome do medicamento que você utilizou que não foi citado anteriormente)
8. O medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por um médico?
 Sim, foi prescrito por médico Não, tomei sem indicação médica
 Não tomei medicamentos para prevenção da COVID-19
9. Você costuma tomar medicamentos sem indicação médica?
 Não Sim
10. Você possui alguma doença crônica?
 Não
 Sim _____(digite o nome da doença crônica que possui)
11. Você utilizou serviço de telessaúde durante o isolamento social?
 Não Sim. Qual área? _____
12. Hoje você está em isolamento social devido a Pandemia de COVID-19?
 Não Sim
13. Quantas horas você costuma passar em casa (incluindo o período que está dormindo)?
_____ (resposta em horas)
14. Você está/esteve em isolamento social por quanto tempo?
 Menos de 1 mês
 Aproximadamente 1 mês
 Aproximadamente 2 meses
 3 meses ou mais
 Não fiz em isolamento social

15. Durante o isolamento social você tem se socializado mais frequentemente por meio de:
- Contato presencial
 - Contato virtual (Ex. redes sociais, aplicativos de mensagens e etc)
 - Ligações via áudio e vídeo
16. Durante o isolamento social quantas pessoas estão na sua casa?
- _____
17. Você continua trabalhando durante o isolamento social ocasionado pela Pandemia da COVID-19? (para os que são estudantes entenda trabalhar por assistir aula)
- Sim, de forma presencial e sem alteração de rotina.
 - Sim, de forma presencial mas com alteração na rotina de trabalho .
 - Sim, trabalho em casa.
 - Não, fui demitido durante a Pandemia da COVID-19.
 - Não, ANTES da Pandemia já estava sem trabalhar.
18. No período de isolamento social você percebeu alguma alteração na sua saúde mental?
- Não Sim
19. De forma geral, como você se sente/sentiu durante o período de isolamento social (pode marcar mais de uma resposta):
- Ansioso
 - Triste
 - deprimido
 - estressado
 - Feliz
 - Entusiasmado
 - Não percebi alterações
20. ANTES da Pandemia você fazia algo para cuidar da sua saúde mental?
- Não Sim
21. Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior, o que você fazia para cuidar da sua saúde mental
- Terapia Psicológica
 - Uso medicamentos
 - Outros: _____
22. ANTES da pandemia você já tinha sido diagnosticado por médico com algum dos transtornos abaixo?
- Transtorno de ansiedade
 - Depressão
 - Bipolaridade
 - Esquizofrenia
 - Outro: _____

- ANTES da Pandemia não havia recebido diagnóstico médico para nenhum transtorno mental
23. Você acredita que o isolamento social piorou as condições de saúde mental comparado com antes da pandemia? Mesmo que você não tenha diagnóstico de transtornos mentais.
- Sim, percebi que o isolamento agravou minha condição de saúde mental
- Não percebi agravamento da minha condição de saúde mental
24. Durante o período de isolamento social você apresentou algum dos sintomas abaixo, mesmo sem ter a COVID-19? (pode marcar mais de uma resposta)
- Taquicardia (em repouso sentia os batimentos do coração acelerado)
- Angústia
- Falta de ar
- Ansiedade
- Tremores
- Medo
- Não apresentei nenhum sintoma

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO II - CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE E ISOLAMENTO SOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19

Sujeito: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo biológico: () Feminino () Masculino

Cidade onde reside: _____ Estado: _____

Universidade em que trabalha/ estuda: _____

Qual o seu vínculo com a instituição:

() Estudante de graduação () Estudante de pós-graduação () Professor

() Técnico administrativo

Área em trabalha/ estuda

Escolaridade:

() Fundamental I (até 5º ano/ 4ª série)

() Fundamental II (Até 9º ano / 8ª série)

() Ensino médio completo

() Ensino superior completo

() Pós-graduação completa

Profissão:

Renda familiar:

() Menos que 1 salário mínimo

() Entre 1 e 3 salários mínimos

() Entre 3 e 5 salários mínimos

() Entre 5 e 15 salários mínimos

() Mais que 15 salários mínimos

() Não sabe ou não quis informar

Aspectos sociais, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde

1. Você considera a COVID-19 (doença ocasionada pelo novo coronavírus) uma doença perigosa

() Não () Sim

2. Você teve sintomas da COVID-19?

- Não Sim
3. Você teve COVID-19?
 Não Sim
4. Caso você tenha respondido “Sim” na questão anterior, quando você contraiu a COVID-19? (digite o mês e o ano)
-
5. Apresentou alguma sequela devido a COVID-19?
 Não Sim
6. Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior digite a sequela que apresentou em virtude da COVID-19
-
7. Você fez exames laboratoriais para diagnosticar a COVID-19?
 Não Sim
8. Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior digite os exames laboratoriais que realizou para diagnosticar a COVID-19.
9. Quais os medicamentos que você utilizou no tratamento da COVID-19?
 Cloroquina/ hidroxicloroquina
 Azitromicina
 Anticoagulantes (heparina, clexane e etc)
 Ivermectina
 Outro: _____(digite o nome do medicamento que você utilizou que não foi citado anteriormente)
10. Os medicamentos que você utilizou no tratamento da COVID-19 foram prescritos por médico?
 Sim, foi prescrito por médico
 Não, tomei sem indicação médica
 Não tomei medicamentos para tratar a COVID-19
11. Você acredita na efetividade da vacina contra COVID-19?
 Não Sim
12. Você tomou a vacina contra a COVID-19?
 Não Sim
13. Caso tenha respondido "Sim" na questão anterior, qual a fabricante da vacina contra a COVID-19 que foi aplicada em você
 AstraZeneca/Oxford

- Pfizer/ BioNTech
 - Coronavac
 - Não sei
 - Outra: _____
14. Você tomaria a vacina contra COVID-19?
- Não Sim
15. Quando você acredita que será o fim da pandemia de COVID-19?
- O fim da pandemia será nos próximos meses
 - A pandemia se encerrará nos próximos anos
 - Não acredito no fim da pandemia
16. Você conhece alguém que teve a COVID-19?
- Não Sim
17. Você teve contato com alguém que estava com a COVID-19?
- Não Sim
18. Você tomou algum medicamento para prevenir a COVID-19?
- Não Sim
19. Qual foi o medicamento que você utilizou para prevenção da COVID-19?
- Cloroquina/ hidroxicloroquina
 - Azitromicina
 - Anticoagulantes (heparina, clexane e etc)
 - Ivermectina
 - Outro: _____(digite o nome do medicamento que você utilizou que não foi citado anteriormente)
20. O medicamento para prevenção da COVID-19 foi prescrito por um médico?
- Sim, foi prescrito por médico
 - Não, tomei sem indicação médica
 - Não tomei medicamentos para prevenção da COVID-19
21. Você costuma tomar medicamentos sem indicação médica?
- Não Sim
22. Qual a frequência que você toma medicamentos sem indicação médica
23. Você possui alguma doença crônica?
- Não Sim

24. Caso você tenha respondido sim na questão anterior, digite o nome da doença crônica que possui:_____
25. Você utilizou serviço de telessaúde durante a pandemia de Covid-19?
 Não Sim
26. Caso você tenha respondido “Sim” na questão anterior, marque o tipo de serviço de telessaúde que utilizou:
 Fonoaudiologia
 Nutrição
 Medicina
 Psicologia
 Educação física
27. Hoje você está em isolamento social devido a Pandemia de Covid-19?
 Não Sim
28. Quantas horas você costuma passar em casa (incluindo o período que está dormindo)?
_____ (resposta em horas)
29. Você está/esteve em isolamento social por quanto tempo?
 Menos de 1 mês
 Aproximadamente 1 mês
 Aproximadamente 3 meses
 Aproximadamente 6 meses
 Aproximadamente 1 ano
 Não fiz em isolamento social
30. Durante o isolamento social você tem se socializado mais frequentemente por meio de:
 Contato presencial
 Contato virtual (Ex. redes sociais, aplicativos de mensagens e etc)
 Ligações via áudio e vídeo
31. Durante o isolamento social quantas pessoas estavam/estão na sua casa?

32. Atualmente, qual sua relação com seu trabalho? (para os que são estudantes entenda trabalhar por assistir aula)
 De forma presencial e sem alteração de rotina.
 De forma presencial mas com alteração na rotina de trabalho .
 Trabalho em casa.
 Fui demitido durante a Pandemia da COVID-19.

- ANTES da Pandemia já estava sem trabalhar.
33. Atualmente, você faz algo para cuidar da sua saúde mental?
 Não Sim
34. Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior, o que você faz para cuidar da sua saúde mental
 Terapia Psicológica
 Uso medicamento
 Outros: _____
35. Neste período de pandemia de COVID-19 você percebeu alguma alteração na sua saúde mental?
 Não Sim
36. De forma geral, como você se sentiu durante o período de isolamento social (pode marcar mais de uma resposta):
 Ansioso
 Triste
 Deprimido
 Estressado
 Feliz
 Entusiasmado
 Não percebi alterações
37. Neste período de pandemia de COVID-19 você apresentou algum dos sintomas abaixo, mesmo sem ter a COVID-19? (pode marcar mais de uma resposta)
 Taquicardia (em repouso sentia os batimentos do coração acelerado)
 Angústia
 Falta de ar
 Ansiedade
 Tremores
 Medo
 Não apresentei nenhum sintoma
38. Ao comparar o período antes da pandemia e durante a pandemia, você acredita que o isolamento social piorou suas condições de saúde mental? Mesmo que você não tenha sido diagnosticado com transtorno mental.
 Sim, percebi que esse isolamento agravou minha condição de saúde mental.

Não percebi agravamento da minha condição de saúde mental.

39. Neste período de pandemia de COVID-19, você foi diagnosticado por médico com algum dos transtornos abaixo?

Transtorno de ansiedade

Depressão

Bipolaridade

Esquizofrenia

Durante o período da pandemia não recebi diagnóstico médico para transtorno mental.

ANEXO A

SRQ-20 – Self Reporting Questionnaire

Código: _____

Sujeito: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Escolaridade (anos): _____

Data: ____ / ____ / _____ Examinador: _____

	NÃO	SIM
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	0	1
2. Tem falta de apetite?	0	1
3. Dorme mal?	0	1
4. Assusta-se com facilidade?	0	1
5. Tem tremores nas mãos?	0	1
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0	1
7. Tem má digestão?	0	1
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
9. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
10. Tem chorado mais do que de costume?	0	1
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	0	1
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	0	1
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	1
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	0	1
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	1
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
20. Você se cansa com facilidade?	0	1
21. Sente que alguém quer lhe fazer mal?	0	1
22. Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?	0	1
23. Ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não podem ouvir?	0	1

ANEXO B

Questionário de Regulação Emocional J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Brasileira por Ana Caroline Boian, Dayane Suelen de Moraes Soares e Jailson Lima (2009).

O Questionário de Regulação Emocional foi concebido para avaliar as diferenças individuais no uso cotidiano, em duas estratégias para compreender as emoções.

Instruções:

Gostaríamos de fazer algumas questões sobre a sua vida emocional, em particular, como controla as suas emoções (isto é, como regula e conduz). As questões abaixo envolvem duas situações diferentes sobre sua vida emocional. A primeira refere-se a sua experiência emocional, isto é, o modo como se sente. A segunda refere-se a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções, ao falar, gesticular ou atuar. Apesar de algumas questões parecerem semelhantes, diferem-se em importantes aspectos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

Discordo	Não concordo	Concordo
Totalmente	nem discordo	Totalmente

1. ___ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), *mudo o que estou pensando*
2. ___ Eu conservo as minhas emoções para mim.
3. ___ Quando quero sentir menos emoções *negativas* (como tristeza ou raiva) *mudo o que estou pensando*.
4. ___ Quando estou sentindo emoções *positivas*, tenho cuidado para não expressar-las.
5. ___ Quando estou perante a uma situação estressante, procuro pensar de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. ___ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando*.
7. ___ Quando quero sentir mais emoções *positivas*, eu *mudo o que estou pensando em relação à situação*.
8. ___ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar sobre a situação em que me encontro.
9. ___ Quando estou sentindo *emoções negativas*, tento não expressá-las.
10. ___ Quando eu quero sentir menos *emoções negativas*, *mudo a forma como estou pensando em relação à situação*.

ANEXO C
TESTE DE AUTOAVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NA COMUNICAÇÃO - TACCOM

Sujeito: _____ Data: ___/___/___

Leia atentamente cada afirmativa, e assinale a intensidade com que concorda ou discorda dela.

1. Você consegue captar e manter a atenção do ouvinte?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
2. Sua voz é boa e expressiva?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
3. Você fala claro, com boa dicção?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
4. Você acha fácil influenciar os outros com sua comunicação?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
5. As pessoas lembram-se do que você disse?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
6. Os outros deixam você falar, sem interrompê-lo?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
7. Você aproveita as oportunidades de comunicação?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
8. Os outros aceitam suas sugestões, críticas ou <i>feedback</i> (opinião sua sobre os outros)?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
9. Você procura melhorar a sua comunicação pessoal?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
10. Você usa a comunicação como parte do seu <i>marketing</i> pessoal?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
11. Você deixa o outro falar sem interrompê-lo?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
12. Você presta atenção na mensagem verbal e não verbal do que é dito (voz, linguagem corporal e gestos)?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
13. Você assume o que diz?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
14. Você focaliza a atenção no interlocutor (evitando ouvir conversas paralelas)?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
15. Você mantém a atenção no discurso do outro (evitando distrair-se com seus próprios pensamentos)?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
16. Você responde diretamente ao que é perguntado (sem rodeios)?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
17. Você mostra interesse no que está sendo dito, por meio do olhar, postura ou sinais de apoio e aprovação?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
18. Você repete os pontos importantes do que foi dito para se certificar que compreendeu bem?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
19. Você procura memorizar fatos importantes e características do interlocutor?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei
20. Você recebe bem críticas, sugestões ou <i>feedback</i> (opinião dos outros sobre você)?	Sim	Mais ou menos	Não	Não Sei

ANEXO D

PROTOCOLO DE QUALIDADE DE VIDA EM VOZ – QVV

(Almeida, Almeida, Behlau)

Sujeito _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Marque como você avalia a sua voz

() Excelente () Muito boa () Boa () Razoável () Ruim

Para responder ao questionário, avalie cada situação abaixo e observe se elas representam ou não um problema para o desempenho das suas atividades de vida diária.

Por causa de minha voz	Isto é um problema?	
1. Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos	SIM	NÃO
2. O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo	SIM	NÃO
3. Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair	SIM	NÃO
4. Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)	SIM	NÃO
5. Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz)	SIM	NÃO
6. Tenho dificuldades em falar ao telefone (por causa da minha voz)	SIM	NÃO
7. Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz)	SIM	NÃO
8. Evito sair socialmente (por causa da minha voz)	SIM	NÃO
9. Tenho que repetir o que falo para ser compreendido	SIM	NÃO
10. Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz)	SIM	NÃO

ANEXO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DO ISOLAMENTO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL, AUTOMEDICAÇÃO E PERFORMANCE COMUNICATIVA: UM ESTUDO LONGITUDINAL

Pesquisador: POLYANNA DE LIMA ARRUDA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34254420.4.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.241.621

Apresentação do Projeto:

rata-se de projeto de pesquisa (tese de doutorado) intitulado "O impacto do isolamento social na saúde mental, automedicação e performance comunicativa: um estudo longitudinal", proposto por Polyanna de Lima Arruda Silva sob a orientação da Profa. Dra. Anna Alice Figueirêdo de Almeida, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento e assinalado como pertencente à Grande Área do Conhecimento (CNPq) "Ciências da Saúde".

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

– Verificar o impacto na saúde mental e automedicação, bem como sobre a performance comunicativa do brasileiro durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

– Compreender sobre a saúde mental durante e após o isolamento social na Pandemia de COVID-19;

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 4.241.621

- Rastrear o surgimento de transtornos mentais menores e estabelecer relação com o isolamento social;
- Comparar grupos com e sem indicativo de transtornos psiquiátricos menores durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento;
- Verificar o impacto do isolamento social na regulação emocional;
- Verificar a regulação emocional durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento;
- Verificar sobre a automedicação na prevenção da COVID-19 e sobre a saúde mental;
- Correlacionar o nível de isolamento social e a saúde mental, automedicação e comunicação;
- Correlacionar os níveis sociais, as formas de socialização e a saúde mental durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento;
- Correlacionar os níveis sociais e a automedicação durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento;
- Compreender sobre performance comunicativa durante o período de isolamento social na pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento;
- Compreender sobre o impacto na qualidade de vida relacionada à voz durante o período de isolamento social promovido pela Pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento;
- Correlacionar os níveis sociais, as formas de socialização e a performance comunicativa durante o período de isolamento social promovido pela pandemia de COVID-19 e após o fim do isolamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os Riscos (e formas de mitigá-los) e Benefícios (diretos e/ou indiretos) aos participantes do estudo estão satisfatoriamente descritos.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 4.241.621

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigação reveste-se de relevância social, acadêmico-científica e profissional.

Os "Critério de Inclusão/Exclusão" de participantes foram satisfatoriamente informados.

Foram enunciadas as "Hipóteses" do estudo.

O "Desenho" da investigação foi satisfatoriamente descrito.

O "Cronograma" da pesquisa foi atualizado.

"Orçamento" foi satisfatoriamente descrito.

O "Métodos" (sic) da pesquisa (págs. 09-15 do doc. "ProjetodoutoradoPolyanna.pdf"), cujo levantamento de dados será online, foi satisfatoriamente descrito.

As seguintes seções perfazem o método da pesquisa:

- 5.1 Considerações Ética (sic) (pág. 09);
- 5.2 Delineamento da pesquisa (pág. 09);
- 5.3 Período de Referência e local da pesquisa (pág. 09);
- 5.4 Amostra – Caracterização da amostra (págs. 09-10);
- 5.5 Mensurações (pág. 10);
- 5.6 Mensurações dos aspectos sociodemográficos, condições de isolamento, automedicação e cuidados com a saúde mental e relacionados à COVID-19 (pág. 10);
- 5.7 Mensurações psicológicas (pág. 11);
- 5.8 Comunicação e aspectos vocais (pág. 12);
- 5.9 Procedimentos (págs. 12-14);
- 5.10 Definição das variáveis (pág. 15);
- 5.11 Método de Análise de Dados (pág. 15).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo está adequadamente instruído com os Termos de apresentação obrigatória.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 4.241.621

Recomendações:

Vide seção seguinte.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A Pesquisadora Responsável sanou de forma bastante satisfatória todas as pendências/inadequações indicadas no Parecer Consubstanciado imediante anterior, razão pela qual opino, s.m.j., pela "APROVAÇÃO" desta segunda versão do Protocolo de Pesquisa sub examine.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1584888.pdf	07/08/2020 13:59:22		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	07/08/2020 13:53:27	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	CartarespostaaoCEP.pdf	07/08/2020 13:43:32	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	CERTIDAO162020PPGNEC1371200706808122091.pdf	07/08/2020 13:32:05	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Parecer Anterior	PBPARECERCONSUBSTANCIADOCEP4168698.pdf	07/08/2020 13:19:40	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetedoutoradoPolyanna.pdf	07/08/2020 13:16:17	POLYANNA DE LIMA ARRUDA SILVA	Aceito
Outros	Questionariol.pdf	07/08/2020 13:11:10	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	Questionarioll.pdf	07/08/2020 13:09:17	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	07/08/2020	POLYANNA DE	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.241.621

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13:02:52	ARRUDA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/08/2020 12:53:47	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	Justificativa nao inclusa o cartao de anuenciP olyanna.pdf	07/08/2020 12:50:20	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	07/08/2020 12:43:45	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	PROTOCOLOTACCOM.pdf	29/06/2020 21:24:43	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	PROCOLODEQUALIDADEDEVIDAE MVOZ.pdf	29/06/2020 21:23:13	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	PROCOLOQRE.pdf	29/06/2020 21:22:52	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito
Outros	PROCOLOSRQ.pdf	29/06/2020 21:22:18	POLYANNA DE LIMA ARRUDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Agosto de 2020

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br