

PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS CAUSADOS PELA COVID-19: UM ESTUDO FEITO NO MUNICÍPIO SEDE DE MALANJE

Main mental disorders caused by COVID-19: a study done in the municipal headquarters of Malanje

MENDES Cirilo¹, & CONTREIRAS, Gilson²

Resumo

O presente artigo tem como objectivo, compreender os principais transtornos mentais causados pela COVID-19 na Província de Malanje e, descrever as técnicas cognitivas comportamentais em pacientes em fase da COVID-19. Quanto a metodologia utilizada, foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal com abordagem qualitativa. Para a colecta dos dados, utilizou-se técnicas como: observação, entrevista e como instrumentos utilizou-se questionário. Sobre a COVID-19, de acordo com a OMS, foi declarada a 30 de Janeiro de 2020, a doença por novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional. Com base nas evidências actualmente disponíveis, o vírus da COVID-19 é transmitido entre pessoas pelo contacto próximo, animal/pessoa e gotículas, permitindo desta forma o contágio fácil e a propagação do mesmo. Quanto aos transtornos causados pela COVID-19, foram a ansiedade, stress, depressão, pânico, suicídio, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, violência doméstica e transtornos sexuais. Relativamente aos dados socio-demográficos, os participantes apresentam idades compreendidas entre 19 a 40 anos, dos quais quatro são do sexo masculino e dois do sexo feminino.

Abstract

This article aims to understand the main mental disorders caused by COVID-19 in the Province of Malanje and to describe the models of psychotherapeutic intervention in patients in the COVID-19 phase. As for the methodology used, an observational, descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach was carried out. For data collection, techniques were used such as: observation, interview and as instruments, two questionnaires were used, and the BDI test. About COVID-19, according to the WHO, on January 30, 2020, the disease caused by a new coronavirus was declared as an International Public Health Emergency. Based on the currently available evidence, the COVID-19 virus is transmitted between people by close contact, animal / person and droplets, thus allowing easy contagion and its spread. As for the disorders caused by COVID-19, they were anxiety, stress, depression, panic, suicide, excessive alcohol consumption, domestic violence and sexual disorders, therefore, regarding the psychotherapeutic intervention model, it was based on cognitive behavioral therapy. Regarding socio-demographic data, with regard to age group, participants are aged between 19 and 40 years, of which four are male and four females.

Palavras-chave: *Transtornos Mentais; COVID-19; Malanje.*

Key-words: *Mental Disorders; COVID-19; Malanje.*

Data de submissão: junho de 2020 | **Data de publicação:** setembro de 2020.

¹ CIRILO ARMANDO ANTONIO MENDES - Centro Comunitário de Saúde Mental - Malanje. ANGOLA. E-mail: mendeciro@gmail.com

² GILSON FRANCISCO CONTREIRAS DIOGO –Escola Superior Politécnica de Malanje. ANGOLA. E-mail: gilson.diogo@ubi.pt

1. INTRODUÇÃO

Com o surgimento do novo coronavírus, o mundo parou em vários sectores, que por sinal comprometeu o afastamento social entre as pessoas, países, continentes, quer seja nível da política, economia, desporto, religião, turismo etc. Tudo porque ser um problema novo, não só para a sociedade civil e política, mas também para os profissionais de saúde. Em função das restrições que os governos foram impondo em particular o governo angolano, logo no início da pandemia, quando se decretou o estado de emergência, para evitar a propagação do vírus, como: a não participação de eventos com mais de 50%, assim como o fechamento dos mercados, lojas, igrejas, escolas, centros profissionais, hotéis, restaurantes, suspensão de consultas externas nos hospitais e centros de saúde, alguns foram encerrados como o caso do centro Comunitário de Saúde Mental de Malanje, pelo facto do mesmo ser contemplado para tratamentos de casos de COVID-19, transportes públicos e privados com cinquenta por centos de lotação, cancelamento de viagens inter-provinciais, apenas com autorização das autoridades em situações de emergência a não circulação das pessoas depois das 19 horas, assim como o uso obrigatório de máscaras faciais e lavagem frequente das mãos, etc. Como não bastasse, muitas empresas do sector privado faliram, contribuindo desta forma o maior número de desemprego no seio da população.

Compulsionando com estas informações, fica claro que as razões são óbvias, para o surgimento de vários transtornos mentais, porque diretamente o novo coronavírus alterou de forma radical os hábitos e modos de convivência da população angolana e no mundo afora. Deste modo, em Angola, concretamente na província de Malanje, as solicitações para os serviços de saúde mental, foram aumentando de forma compulsiva, porque muitos não sabiam o que fazer porque todo mundo falava sobre coronavírus, as informações eram tantas e muitas delas vinham de fontes não credíveis. Entretanto, no meio de toda confusão, foi-se percebendo que o maior problema que a população apresentava, estava relacionado com os aspetos psicológicos como: a ansiedade, pânico, stresse, ideias suicidas, consumo excessivo de bebidas alcoólicas. O presente artigo foi feito com seis (6) participantes que apresentam idades compreendidas entre 19 a 40 anos, dos quais quatro (4) são do sexo masculino e dois (2) do sexo feminino, quanto ao estado civil, dois (2) são casados, três (3) vivem maritalmente e um (1) é solteiro. Os tratamentos dos dados desta pesquisa foram recolhidos no Centro Comunitário de Saúde Mental de Malanje. E tendo como os participantes da investigação residentes nos bairros Carreira de Tiro, Maxinde e Centro Urbano.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. *Contextualização histórica da Psicologia de emergência*

Mergulha-se pela psicologia de emergência para compreender os problemas causados por desastres, catástrofes da COVID-19. Uma pandemia equivale a uma guerra, por isso ela apresenta vários estágios, e o que se sabe é que quando está diante de uma guerra os prejuízos são tantos, como destruição de infra-estruturas, instabilidade social, política e psicológica. Não obstante, a pandemia do novo coronavírus, também criou instabilidade não só do ponto de vista político-social, mais, principalmente na esfera da saúde pública mundial, com repercussões devastadoras a nível económico, político, social etc. Razão pela qual, têm-se constatado vários problemas de saúde mental, que requerem intervenção dos especialistas de saúde mental, caso o contrário, haverá a abertura para a ocorrência de outros problemas mais complexo como as psicoses.

Os primeiros estudos da psicologia nas emergências e desastres surgiram no início do século XX, a partir de pesquisas realizadas pelo suíço Edward Stierlin em um de seus trabalhos publicados em 1909, que buscava compreender as emoções dos indivíduos acometidos por situações de desastres. Tal interesse foi desencadeado a partir da explosão de uma mina de carvão na França. Estima-se que mais de mil mineiros não sobreviveram ao acidente, e as intervenções de apoio foram feitas com familiares e amigos das vítimas.

2.2 - *O que é a COVID-19: que caminhos?*

Foi a 31 de Dezembro de 2019, a China reportou à Organização Mundial da Saúde um cluster de pneumonia de etiologia desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de peixe, mariscos vivos e aves na cidade de *Wuhan*, província de *Hubei*, na China. A 9 de Janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença. A sequenciação genómica do novo vírus foi feita em tempo recorde e partilhada a nível internacional.

De acordo com diversas autoridades de saúde internacionais, o impacto potencial de epidemia por SARS-CoV-2 é elevado, sendo expectável a propagação global do vírus. Por isso mesmo, o Director - Geral da Organização Mundial de Saúde declarou, a 30 de Janeiro de 2020, a doença por novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Mundial.

OMS (1960), os coronavírus (CoV) compõem uma grande família de vírus, conhecidos desde meados da década de 1960, que receberam esse nome devido às espículas na sua superfície, que lembram uma coroa do latim “*corona*”. Podem causar desde um resfriado comum até síndromes respiratórias graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS, do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS, do inglês Middle East Respiratory Syndrome). Os vírus foram denominados SARS-CoV e MERS-CoV, respectivamente. A sua condição clínica (doença) COVID-19.

Com base nas evidências actualmente disponíveis, de acordo com a OMS (2020) o vírus da COVID-19 é transmitido entre pessoas pelo contacto próximo, animal/pessoa e gotículas, não ocorre por transmissão aérea. Assim sendo descrever-se duas formas nomeadamente: Indirecta: por aerossóis ou por contacto pessoal com secreções contaminadas como gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, contacto pessoal próximo (aperto de mão), contacto com objetos ou superfícies contaminadas tendo a posterior, contacto com a boca, nariz ou olhos. Contacto próximo: pessoas com exposição associada a cuidados de saúde, prestação de cuidados diretos a doentes com COVID-19, trabalho com profissionais de saúde infetados, visitas a doentes ou permanência no mesmo ambiente com doentes infetados com COVID-19, trabalho em contacto próximo ou partilha do mesmo local com um doente infetado, viagem ou coabitação com doente infetado.

2.2.1. Medidas de saúde pública na Província de Malanje

Numa fase inicial da pandemia as medidas de saúde pública na região podem também contribuir para evitar a entrada/introdução do agente patogénico na população. Num estudo em que foram revistos estudos de modelação sobre a efetividade de estratégias combinadas na resposta a uma pandemia, foi concluído que a utilização de estratégias combinadas, tendo um efeito sinérgico sobre a efetividade de cada uma das medidas considerada individualmente.

Outro dos aspetos a ter em consideração em relação a cada uma das medidas é a sua exequibilidade, em termos de disponibilidade dos meios e dos recursos necessários à sua concretização, o que está acautelada nesta região chamada Malanje.

Nesta conformidade, cita-se Contreiras (2020) escreve que, “a aplicação do cumprimento das medidas de saúde pública levanta questões de ordem ética e legal, nomeadamente as chamadas medidas de distanciamento social, uma vez que podem pôr em causa a liberdade individual”. Assim para o cumprimento do mesmo deve-se ter em conta os seguintes pontos:

Proteção individual: as medidas de proteção individual consistem em ações preventivas que podem ser realizadas regularmente. Apesar de já serem realizadas pela maioria dos profissionais de saúde, estas medidas podem e devem ser comunicadas à população da província de Malanje, de modo a serem do conhecimento geral e adotadas por todos. O ideal será conseguir que os métodos corretos de higiene das mãos e de etiqueta respiratória sejam praticados por rotina, de forma automática; evitando, no entanto, a fadiga de intervenção.

Higienização das mãos: a higienização correta e completa das mãos, deve ser efetuada de forma regular, está fortemente recomendada, já que reduz a transmissão de vírus, que ocorre quando existe contacto direto entre pessoas ou ainda a contaminação que pode ocorrer através da transmissão por contacto indireto, quando ocorre o toque em uma superfície contaminada e depois o toque no nariz com a mão contaminada. Para a higienização das mãos podem ser utilizadas duas técnicas: lavagem com água e sabão ou fricção com solução antisséptica de base alcoólica.

Dístico respiratório: a adoção de medidas de etiqueta (higiene) respiratória está fortemente recomendada, pela redução da dispersão de gotículas contaminadas pelo vírus que são lançadas no ar através da tosse ou espirro. Na ausência de outra evidência mais robusta, esta medida justifica-se ainda pela sua plausibilidade teórica. Somos a salientar que, o efeito protetor de: cobrir a boca ou o nariz ao tossir, ao espirrar, deve-se sempre utilizar lenços de papel descartáveis e posteriormente depositar imediatamente os lenços de papéis após a utilização em recipientes adequados.

Equipamento de proteção individual: o indivíduo sintomático na fase de mitigação resume-se à utilização de máscara facial. As máscaras faciais são máscaras descartáveis para procedimentos cirúrgicos ou médicos e formam uma barreira física que previne a transmissão de vírus de uma pessoa infetada para uma pessoa suscetíveis, ao bloquear as partículas respiratórias/aerossóis expelidas pela tosse ou espirro. A utilização de máscara facial por pessoas infetadas durante a pandemia ou é útil para impedir a propagação do vírus a contactos próximos ou outras pessoas da comunidade. O uso de máscara por

indivíduos sintomáticos é fortemente recomendado em todas as fases da epidemia (se a condição clínica o permitir) e estes devem estar capacitados para o uso correto da mesma.

Distanciamento social ou isolamento: considera-se como isolamento dos infetados a separação ou confinamento de pessoas com suspeita ou com infeção pela pandemia COVID-19. O objetivo desta medida é impedir o estabelecimento de cadeias de transmissão e atrasar e reduzir a transmissão comunitária disseminada, pela redução de contacto entre indivíduos infetados e suscetíveis. O isolamento deve ser determinado desde a suspeita até à infirmação do caso ou até recuperação clínica nos casos confirmados. Dado que se desconhece o período de contágio, assume-se para a implementação desta medida que o mesmo durará até ao final do período sintomático.

Este isolamento pode ocorrer em unidade hospitalar, domicílio ou outro, dependendo da fase da epidemia e da gravidade do quadro clínico. Habitualmente, o isolamento é voluntário e aceite mediante indicação médica. Em situações extremas, de recusa do doente, pode ser necessário determinar o seu isolamento coercivo, sendo para tal mandatário recorrer ao exercício do poder da Autoridade de Saúde.

Para maior compreensão da informação em epígrafe e pelo abuso de notação, pensou-se em partilhar a seguinte fórmula Matemática:

Prove o seguinte exercício:

$$\sqrt{\frac{\text{Covid-19} \cdot x^2 + \text{Casa} \cdot x^2}{\text{Fique em}}} = x,$$

elevando ambos os membros das igualdades, obtêm-se:

$$\sqrt{\left(\frac{\text{Covid} - 19 \cdot x^2 + \text{Casa} \cdot x^2}{\text{Fique em}}\right)^2} = x^2,$$

simplificando o 2 que esta elevado do membro esquerdo com a raiz quadrada, será:

$$\frac{\text{Covid-19} \cdot x^2 + \text{Casa} \cdot x^2}{\text{Fique em}} = x^2,$$

O termo “fique em” que está a dividir, passa a multiplicar no membro direito, têm-se:

$$\text{Covid} - 19 \cdot x^2 + \text{Casa} \cdot x^2 = x^2(\text{Fique em}),$$

factorizar o x^2 do membro esquerdo da igualdade, têm-se:

$$x^2(\text{Covid} - 19 + \text{Casa}) = x^2(\text{Fique em}),$$

passar o x^2 do membro esquerdo para o membro direito a dividir:

$$\text{Covid} - 19 + \text{Casa} = \frac{x^2(\text{Fique em})}{x^2},$$

simplificar x^2 do denominador e do numerador do membro direito, será:

$$\text{Covid} - 19 + \text{Casa} = \text{Fique em}$$

Como queremos achar o termo **COVID-19**, devemos passar a expressão **Casa** para outro membro da igualdade e como, o mesmo está com sinal positivo, passa-se como sinal negativo, logo:

$$\text{COVID} - 19 = \text{Fique em} - \text{Casa}$$

Logo, se pode observar que ficar em casa é a melhor solução para a não propagação da pandemia COVID-19.

2.3. Principais transtornos mentais, causados pela COVID-19

Diante de uma pandemia, que mudou o mundo de forma drástica, e por estarmos a viver momentos de incertezas quanto ao futuro, as pessoas tornam-se propensas a desencadear qualquer problema de ordem psicológica. Isto quer dizer que ninguém está isento disso, por isso todo mundo pode estar infectado. Contudo, baseando-se nas solicitações e consultas feitas durante o período da pandemia na Província de Malanje, constatou-se os seguintes transtornos:

2.3.1. Ansiedade

No sentido lato do termo, quando se fala sobre a ansiedade como preocupações sobre um determinado assunto, neste contexto está diante de uma pandemia, cujo vírus é invisível, perigoso e de fácil contágio, o que pressupõe dizer que é difícil as pessoas ficarem tranquilos sem se preocuparem com a existência do mesmo vírus. Toda via, pensamentos frequentes relacionados a preocupação sobre o mesmo assunto, é designado como ansiedade.

Em conformidade com Graziani (2001, s.p.) a ansiedade “é considerada como distímia de emoções como o medo e o pânico, que estão funcionalmente associadas ao confronto presente e imediato com o perigo e não unicamente com a detecção, a antecipação e a preparação do perigo”. Ao contrário da ansiedade, o medo é concebido como uma atividade do FFS (*Fight and Flight System*) que significa “sistema de luta e fuga”, caracterizado por um aumento do alerta do sistema nervoso autónomo e associado a uma tendência de fuga, de evitamento ativo ou de agressão defensiva.

Segundo DSM-V (2013), “as perturbações de ansiedade incluem perturbações que partilham características de medo e ansiedade excessivos e alterações do comportamento relacionadas”. Neste contexto, o medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. É óbvio que estes dois estados se sobrepõem, mas também divergem, com o medo associado a picos de excitação autonómica necessários a luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos cautelosos e de evitamento.

2.3.2. Modelo cognitivo do processamento da informação ansiedade

De acordo com Beck (1984) retoma o modelo interativo de Lazarus (1966) e a abordagem das construções pessoais de Kelly, “Considera uma transacção stressante como o resultado de um processo activo, contínuo, que inclui análises, interpretações e avaliações sucessivas da situação externa, dos riscos, dos custos e das vantagens de uma resposta específica”. De modo geral, os estímulos são nocivos se forem interpretados como tais pelo sujeito. Consoante o tipo de avaliação e a situação dada, assim o sujeito é motivado a desencadear este ou outro comportamento. Partindo das ideias dos autores acima referenciadas, de forma sintética, o transtorno de ansiedade é uma situação caracterizada por preocupação excessiva e crónica sobre diferentes temas, associada a tensão aumentada. Do ponto de vista psico-patológico, é o transtorno mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns de consulta.

Um outro especto essencial, é a preocupação constante concomitante aos sintomas somáticos e psíquicos. Os receios mais frequentes são: medo de adoecer, de que algo negativo aconteça com seus familiares, de não conseguir cumprir com compromissos profissionais ou financeiros. No curso do transtorno, é comum a preocupação mudar de foco. Portanto, atendendo a pandemia do novo coronavírus, que o mundo está a enfrentar que se tornou uma calamidade pública e de fácil contágio, com um impacto negativo na esfera social, económica, política e psicológica, tem se verificado com frequência a preocupação e desespero por parte de muita gente, por um lado o medo de ser contagiado, por outra a falta de condições que permitem a aquisição de bens de primeira necessidade. São motivos muito forte que faz com que muitos tenham desenvolvido crises de ansiedade.

Quadro 1- Rachman (1998) apresenta as diferenças entre os dois.

<i>Medo</i>	<i>Ansiedade</i>
Focalização específica no perigo	Origem imprecisa do perigo
Ligação clara entre o perigo e o medo	Ligação incerta entre a ansiedade e a ameaça
Tensão circunscrita	Nervosismo, tensão invasiva
Perigo identificado	Por vezes sem objecto
É detectável o que atenua	Por vezes é incerto o que atenua
As fronteiras do perigo são circunscritas	O perigo não tem fronteiras bem definidas
Carácter urgente	Vigilância elevada
Perigo eminente	O perigo raramente é iminente
Sensações físicas da urgência	Sensações corporais da vigilância
Carácter racional	Carácter incerto, confuso

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Rachman (1998).

2.3.3. Perturbação de pânico

A perturbação de pânico, com base em Breton (1996) “é caracterizada por ataques súbitos de pânico associados a um medo intenso, muitas vezes de morrer, e a uma gama de sintomas físicos como palpitações, dispneia, tonturas, tremores e transpiração”.

Todavia, frequentemente os sintomas começam sem nenhum motivo óbvio e o doente desenvolve um raciocínio catastrófico, sentindo que pode estar a morrer ou a enlouquecer. O pânico diminui passados alguns minutos ou cerca de uma hora, mas volta a aparecer com pouco ou nenhum aviso prévio poucos dias depois.

Normalmente, ocorrem muitas vezes os ataques com frequência crescentes. Isto leva ao evitamento das situações nas quais o ataque foi anteriormente sentido. Este evitamento secundário pode restringir significativamente o estilo de vida do doente. Por isso, alguns doentes, embora sofram poucos ataques, têm um medo persistente de um ataque futuro e continuam a evitar as situações susceptíveis de o provocar. Nesta ordem de ideias, o que se tem verificado é, que a maioria dos doentes com a perturbação do pânico refere uma diminuição na qualidade do trabalho, dois terços perdem os seus empregos ou recebem apenas a baixa, e metade queixa-se de incapacidade em conduzir. Por conseguinte, é uma doença de morbilidade considerável.

Causas

Para Breton, (1996) “os ataques de pânico muitas vezes surgem “do nada”, num indivíduo predisposto que se encontra sob stress ligeiro. Frequentemente, ocorrem em doentes antes saudáveis e em indivíduos sem ansiedade”.

Com base na visão do autor, leva-nos a inferir que os ataques de pânico desenvolvem-se em resultado da interpretação incorrecta de um estímulo relativamente inócuo, como tonturas, palpitações ou afrontamentos. Por isso, os doentes com perturbação de pânico têm muitas vezes prolapso da válvula mitral, o que pode provocar uma arritmia cardíaca benigna.

Diagnóstico

Com base nos critérios de diagnóstico, segundo DSM-V (2013), o ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos e durante o qual quatro ou mais dos seguintes sintomas se desenvolvem:

Nota. O período abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

- 1) Palpitações, batimentos ou tremores;
- 2) Suores;
- 3) Estremecimentos ou tremores;
- 4) Sensações de falta de ar ou de respirar;
- 5) Sensação de asfixia;
- 6) Desconforto ou dor no peito;
- 7) Náuseas ou mal-estar abdominal
- 8) Sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça vazia ou de desmaio;
- 9) Sensações de frio ou de calor;
- 10) Parestesias (sensações de formigamento);
- 11) Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio);
- 12) Medo de perder o controlo ou de enlouquecer;
- 13) Medo de morrer.

2.3.3. Stresse durante o período da COVID-19

Neste ponto, faremos referência do stresse que acontece durante o período da pandemia, no sentido de compreendermos os transtornos que ocorrem em cada uma das fases, quando estamos diante de uma emergência como é o caso do novo coronavírus.

Do ponto de vista prático psicológico, o stresse é definido como uma resposta fisiológica e comportamental normal a algo que aconteceu ou está para acontecer que nos faz sentir ameaçados ou que, de alguma forma, perturba o nosso equilíbrio. Quando nos sentimos em perigo real ou imaginário, as defesas do organismo reagem rapidamente, num processo automático conhecido como reação de “luta ou fuga” ou de “congelamento”, é a resposta ao stresse.

O stresse durante o período de emergência ou catástrofe, remete-nos há uma reflexão mais profunda, porque envolve qualquer indivíduo, desde os funcionários no exercício das suas funções, os que ficam de férias, assim como aqueles que estão desempregados e andam expectante para trabalharem, mas devido o problema de saúde pública que não é seguro, são obrigados a ficarem parados, tudo isso leva ao stresse.

Assim sendo, Cooper (1993) referido por Fernandes (2014) definem o stresse laboral, como “um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequência problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afectando o indivíduo e as organizações”.

É evidente, num período em que o mundo enfrenta uma pandemia bastante complexa, porque comprometeu todos os sectores, desde os países mais desenvolvidos a menos desenvolvido, tem se verificado uma pressão muito alta por parte do executivo, devido a incapacidade de resposta para mitigar o novo coronavírus. Por outro lado, os técnicos de saúde são os mais propensos nesta luta, porque são os homens da linha da frente e, por este motivo atendem pacientes acima da média, com poucos recursos quer matérias como humanos, sem descansos e, há situações em que o médico/enfermeiro recebem notícias de que um dos seus parentes também é vítima desta pandemia, isso faz com que o técnico entra no processo de contra transferência e de exaustão, com muitas probabilidade de ser contagiado, claro porque sente-se dividido, indeciso e com pouca capacidade mental e física para responder as exigências, por isso muitos chegam a ponto de demitirem-se.

O stress laboral é a tensão e pressão experimentadas por funcionários no trabalho, originando-se de factores como horários exigentes, decisões difíceis, relacionamentos inter-laborais, condições de trabalho desagradáveis, fadiga, riscos ocupacionais, competição excessiva ou ansiedade sobre possível desemprego (APA, 2012).

Corroborando com os autores acima referenciados, leva-nos a inferir que a forma como reagimos ao stress é determinada pela nossa personalidade e pelas nossas incapacidades pessoais ou doenças. Estas ditam o modo como reagimos as dificuldades nos relacionamentos, quer em casa quer no trabalho, e a problemas práticos de finanças, trabalho e habitação. No entanto, qualquer grande mudança precisa de ser equilibrada com a nossa capacidade de lidar com essa mudança no momento em questão. Porque muitas mudanças, demasiado rápidas, podem ser uma grande causa do stress. É por este motivo que faz com que os psicólogos e outros profissionais sejam membros da equipa multi-sectorial para intervirem em situações de emergências ou catástrofes.

2.3.4. Perturbação de Stress pós-traumático

Com base nas fases de emergência anunciadas anteriormente, no pós-covid, também há indivíduos que podem estar transtornados, em função daquilo que vivenciou durante a fase da pandemia, por exemplo; alguém que recuperou da COVID-19, pode estar traumatizado e com medo de voltar a ter, o mesmo acontece com os profissionais que estiveram diretamente neste processo, tendo em conta as mortes vivenciadas por parte de pacientes e colegas, também podem estar traumatizados. Por este motivo é que achamos importante falarmos também do transtorno de estresse pós-traumático.

A perturbação de stress pós-traumático foi primeiramente reconhecida como uma categoria de diagnóstico do Diagnostic and Statistical Manual-III publicado pela APA em 1980, o que deu origem a um grande impulso na investigação e no tratamento desta perturbação. Foram Gillespie, (1942), sobre famílias, Hansen e Hill, (1964) que reconheceram “as situações de trauma como um factor de risco para o equilíbrio psicológico dos indivíduos, famílias ou organizações”.

Após a sua integração no DSM-III, em 1980, a designação de *Pós-Traumático Stress Disorder* começou a ser regularmente utilizada substituindo assim uma variedade de designações que coexistiam há muitos anos, relacionadas com a mesma perturbação como choque nervoso. De acordo com a APA (1987) associava o stress pós-traumático a vivência de experiências que estavam fora do âmbito das experiências normais dos seres vivos e, por isso raras.

Quanto a contextualização histórica do SPT, percebemos que não é, um problema recente, mas sim antigo e que teve como base por parte dos antigos combatentes de guerra, que apresentavam problemas psicológicos na fase pós a guerra em função das experiências vividas durante a guerra. Está mais que evidente, que quando um indivíduo vivencia experiências relacionadas há uma catástrofe, desastres ou uma pandemia, tem maior probabilidade de estar condenado a desenvolver a perturbação de stress pós-traumático. DSM-V, a PSPT, é definida como um problema mental que se pode desenvolver em resposta a exposição de um evento traumático, como uma doença, guerra, acidente de viação, ou outro tipo de ameaças a vida da pessoa. OS sintomas mais comuns são pensamentos, sentimentos, sonhos perturbadores relacionados com o evento traumático, recordações do trauma, esforço para evitar situações que recordem o trauma, alterações na forma de pensar e sentir e aumento da reação de lutar ou fugir.

2.3.4.1. Critérios de diagnóstico

De acordo com o DSM-V, os seguintes critérios, aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima dos 6 anos: 1) Lembranças dos acontecimentos traumáticos que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes; 2) Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo ou as emoções do sonho estão relacionados com os acontecimentos traumáticos; 3) Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) nas quais o individuo sente ou atua como se os acontecimentos traumáticos estivessem a correr novamente; 4) Mal-estar psicológico intenso ou prolongado a quando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos dos acontecimentos traumáticos; 5) Reações fisiológicas intensas a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos dos acontecimentos traumáticos.

2.3.5. Depressão

Segundo Fenichel, (2000, p. 77) “depressão é uma doença que se caracteriza por afectar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza”. Ou seja, todas as pessoas, de qualquer faixa etária, podem ser atingidas, porém mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. Em crianças e idosos a doença tem características particulares, sendo a sua ocorrência em ambos os grupos também frequentes.

2.3.5.1. Sintomas da depressão

Para Weber, (2014, p. 76) os sintomas da depressão comumente conhecidos são “o sentir-se em baixo, triste, desolado, desanimado, melancólico, infeliz e estar de mau humor”. Entretanto, isto é tudo normal na jornada de um indivíduo comum, mas existe uma diferença entre as depressões normais do cotidiano e a depressão clínica que é o foco principal deste trabalho.

As pessoas dizem frequentemente estarem “deprimidos” quando têm uma má nota, quando determinada loja não tem as coisas que gostariam, ou quando são proibidos de participarem em uma atividade social (como praticar esporte ou ir à festa). Obviamente, estas decepções são ultrapassadas são depressões normais, quotidianas, de curta duração. A maior parte das grandes decepções que o fazem ficar tristes ou zangados irão eventualmente diminuir com o tempo.

Os sintomas depressivos podem ser divididos entre: cognitivos, fisiológicos e comportamentais.

Cognitivos: humor deprimido, desânimo persistente, tristeza, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, vazio, culpa ou/e irritabilidade; redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar, memorizar ou de tomar decisões.

Fisiológicos: Fadiga ou sensação de perda de energia, alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também sonolência excessiva ou sono interrompido), alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite), redução do interesse e prazer sexual, agitação motora, inquietude, alterações dos ritmos circadianos (dormir fora de hora).

2.3.6. Suicídio

A questão sobre o suicídio, é um dos problemas com números altos em plena na fase da COVID-19. Desde o mês de Janeiro até Setembro, de acordo com a informação do SIC³, registou-se em Malanje dezassete (17) casos de suicídio.

³ SIC- Serviço de Investigação Criminal.

Souza, Minayo e Malaquias (2002) “o suicídio é a acção na qual o indivíduo inflige-se dano (auto-agressão), não importando o nível ou a razão genuína da acção. Ou seja, inclui os pensamentos de autodestruição, a auto-agressão, manifestada por gestos suicidas e tentativas de suicídio, e, finalmente, o próprio suicídio”

Por isso o termo comportamento suicida se refere à acção de auto-agressão bem como variáveis relacionadas às tentativas de suicídio, com alta ou baixa letalidade que ocorrem dentro de um contexto social, e trazem elementos que indicam a procura de ajuda. É necessário levar em consideração o plano suicida, o desejo de morrer contra o de viver, e as possibilidades de alguém descobrir o plano suicida, para avaliar a intensidade do comportamento suicida. Para a OMS, o suicídio é um fenómeno complexo que envolve múltiplas causas e que afecta, além de suas vítimas, os parentes e amigos “sobreviventes”. Envolve também profissionais de saúde e de outros sectores que directa ou indirectamente lidam com o problema. Infelizmente em nossa sociedade, o suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio em torno do problema. O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema que afecta toda a sociedade.

Nesta ordem de ideias, é necessário mudar esta visão para despertar e estimular a actuação dos profissionais de diferentes sectores da sociedade na sua vigilância, prevenção e controle, porque não tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio, é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa. Estudos mostram que o suicida deseja livrar-se de um sofrimento para o qual não está encontrando saída, mas na verdade, antes de chegar ao acto final, de forma indirecta o suicida já mostrou sinais e procurou ajuda para o seu sofrimento, só que, não é compreendido, justamente porque muitos ignoram, por isso, a atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com o problema pode resultar em um desfecho favorável.

2.3.7. Consumo inconsequente de bebida alcoólica

Tal como há um aumento notável nos casos de violência doméstica durante a pandemia COVID-19, em Malanje, o mesmo acontece com as drogas, principalmente com o uso excessivo de bebidas alcoólicas, cigarros e liamba. Para a OMS, droga é toda e qualquer substância natural ou sintética, que, introduzida no organismo, modifica suas funções.

Inalud (2020), fundamenta que, as drogas mais consumidas em Angola são nomeadamente: bebidas alcoólicas, libanga, ansiolíticos, analantes, cigarro, crack, heroína e cocaína. O consumo exagerado de bebidas alcoólicas pode causar problemas no cérebro, no coração, fígado, rins, sangue e muito mais. A dependência é o resultado do seu consumo excessivo e permanente. Por tanto, a dependência pode ser física e psicológica. O álcool por ser uma droga licita, muitos enganam-se quanto ao seu consumo.

Conforme aponta (Andrade et al. 2004) “o consumo do álcool age de modo destrutivo, atacando diretamente o glutamato, um neurotransmissor envolvido em diversas funções, como raciocínio e movimento” De facto, o aumento da concentração de álcool no sangue faz com que a pessoa perca a capacidade de julgamento, a memória, percepção sensorial e a coordenação motora. Para o autor o consumo de álcool está ligado também aos seguintes problemas:

- mais de 50% dos acidentes fatais de trânsito;
- mais de 50% dos crimes violentos;
- mais de 50% dos suicídios;
- nascimento de bebês com sérios defeitos em função do consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes;
- aumento de 50% de chances de câncer de mama em mulheres que consomem três ou mais drinques por semana;
- pessoas que costumam beber com frequência passam a apresentar tolerância ao álcool, pois as células do sistema nervoso central se adaptam à sua presença.

Com isso, torna-se necessário ingerir cada vez mais bebidas alcoólicas para conseguir o mesmo efeito, e os prejuízos ao organismo vão se acumulando além da tolerância passa a haver dependência física, sendo necessário acompanhamento médico para tratar do alcoólatra. Também podem procurar apoio junto a grupos como alcoólicos anônimos (AA), presentes em quase todas as cidades, pois, infelizmente, o alcoolismo é um problema comum para esta população. Contudo, não pode-se julgar o comportamento de alguém sem antes saber os motivos, nesta conformidade, constatou-se que a pandemia COVID-19, é um dos motivos fortes para o aumento do consumo destas mesmas substâncias porque, muitos por estarem ansiosos, estressados e deprimidos, facilmente são estimulados para o consumo da mesma.

2.3.8. Violência doméstica

Uma das pragas que tem assolado muitas famílias durante a fase da COVID-19, é a violência doméstica, desde as crianças, idosos e como maior realce as mulheres. Portanto, a violência é vista como uma forma de relacionamento cujo objetivo consiste em oprimir, dominar e subjugar o outro sobre o acto. Assim como para alcançar determinado fim. Na verdade, a violência está relacionada há vários tipos como (física, psicológica, sexual e financeira, etc). E, que em muitos casos tem terminado por via de homicídios e suicídios.

Walker (1979), descreveu um ciclo típico de violência doméstica composto por três fases distintas (Tijeras, Rodríguez & Armenta, 2005). “Numa primeira fase a fase de acumulação da tensão, caracteriza-se por mudanças repentinas no estado de ânimo do agressor”. Ou seja, devido a frustração, começa a reagir negativamente provocando ou simplesmente incomodando a vítima. A irritabilidade do agressor vai aumentando sem razão compreensível e aparente para com a vítima e pequenos episódios de violência verbal podem escalar até um estado de tensão máxima.

Concernente a segunda fase, segundo o autor, denomina a fase da explosão, que se caracteriza pela descarga física de violência. Esta é a fase mais curta onde prevalece a descarga incontrolada das tensões, acumuladas na primeira fase, onde os episódios de violência podem variar de intensidade e duração. Cessa quando o agressor se dá conta da gravidade dos seus actos, quando a vítima necessita de ajuda médica, ou porque existe a intervenção de alguém exterior ao casal, nesta fase o objetivo do agressor é demonstrar a sua total superioridade em relação à vítima.

Num estudo feito na Província de Malanje, com 8 participantes, dos quais 2 homens e duas mulheres, quanto questionado sobre o aumento dos casos de violência doméstica durante o período da pandemia, responderam da seguinte forma:

- a perda de emprego, fez com que muitos homens perdessem autoridade e, por conseguinte, as mulheres deixarem de prestarem a devida atenção aos seus parceiros;
- o consumo de bebidas alcoólicas no seio familiar, tem sido um dos principais motivos;
- a falta de ocupação por parte dos cônjuges, faz com que passem grande parte do tempo juntos e, isso, cria aborrecimento;

- a manifestação de comportamentos desconhecidos, (arrogância, maus hábitos, incumprimento de certas obrigações, etc).

Relativamente aos factores enumerados pelos participantes desta pesquisa, são os que surgiram exactamente no período da pandemia. Devido a instabilidade sócio-económica que o País vive, influenciou desta forma, para que muitas empresas falissem e, como consequência resultou o desemprego, a falta de emprego originou outros problemas como, o consumo de bebidas alcoólicas, cigarros e outros tipos de drogas, afectando deste modo as relações familiares.

2.3.9. *Transtornos sexuais*

Considera-se disfunções sexuais ou simplesmente disfunções eróticas, porque referem-se ao enguiço de uma ou mais fases da resposta sexual humana. Uma disfunção sexual se caracteriza por ser persistente e/ou recorrente, causar mal-estar ao indivíduo que a sofre ou a seu parceiro e gerar insatisfação sexual.

Para além do transtorno sexuais reconhecidos por Cid-10 e DSM-IV, como o erétil masculino, que é caracterizado devido a incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma erecção adequada até a conclusão da actividade sexual. Por isso, a perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais. Assim como no caso da ejaculação persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima antes, durante ou logo após a penetração, antes que o indivíduo o deseje.

Nas mulheres são mais frequente o transtorno da excitação sexual e da ausência do orgasmo. Relativamente a excitação sexual, caracteriza-se como a incapacidade persistente ou recorrente para obter ou manter a resposta de lubrificação própria da fase de excitação até a terminação da actividade sexual. Quanto ao transtorno do orgasmo feminino, é caracterizado pelo atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual.

De facto, com a pandemia da Covid.19, tem-se manifestado outros transtornos sexuais, motivados, por diversos problemas a nível da vida dos indivíduos. O que se tem constatado é que muitos estão a ter relações sexuais por intermédio das redes sociais, através de mensagens, vídeos, fotos íntimas e imagens pornográficas. Muitos usam estas fantasias no sentido de obterem a satisfação sexual à distância, devido a situação geográfica que não os permitem estarem juntos. Nos casos mais avançados, há indivíduos

que por meio destes actos distorcidos, pedem o IBAN, para fazerem transferência de montante. Ou seja, actualmente é comum comportamento do género, e muitos tiram proveito nisso, como forma de angariar dinheiro fácil. Infelizmente muitos destes perfis são falsos, e não conseguem terem encontro presencial tal como alguns desejavam.

2.4. Modelos de intervenção psicoterapêutica

Começaremos por descrever algumas medidas de prevenção primária, para compreendermos melhor as técnicas psicoterapêuticas que nos permitem de forma científica, acompanhar pacientes com transtornos acima referenciados.

Na visão de Heneghan (2011), a prevenção primária refere-se ao conjunto de acções que visam evitar a doença na população, removendo os factores causais, ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Assim sendo, eis algumas medidas de prevenção:

- educação familiar sobre a pandemia e os transtornos mentais causados pela mesma;
- informações credíveis sobre a pandemia;
- transmitir esperança e segurança;
- antecipar as dificuldades;
- modificar condicionamentos anormais
- descobrir as fontes de angústia.

2.4.1. Terapia cognitiva comportamental

Beck e Weishaar (1986) referidos por Dattilio e Freeman (1998) defendem que a terapia cognitiva difere dos modos tradicionais da psicoterapia: “é um processo cooperativo de investigação empírica, testagem da realidade e resolução de problemas entre o terapeuta e o paciente”.

Pode ser claramente diferenciado como um sistema de psicoterapia, em oposição a um mero aglomerado de técnicas.

Beck (1997), faz referência ao modelo cognitivo: como “pensamento distorcido ou disfuncional humor comportamento, pensamento distorcido comum a todos os distúrbios psicológicos”. Ainda Beck e Alford (2000) definem, igualmente que, cognição como a “função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros ou ainda. O processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambiente possíveis de mudança”.

2.4.2. Técnicas cognitivas - comportamentais

- técnicas de relaxamento;
- exercícios de respiração;
- treino de relaxamento;
- relaxamento muscular progressivo;
- dessensibilização sistemática;
- treino de assertividade;
- parada do pensamento auto-instrução;
- inoculação do stresse;
- treino de habilidades sociais;
- solução de problemas;
- exposição e prevenção de respostas;
- exposição interoceptiva.

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA ADOPTADA

Com vista no tema desta investigação, o mesmo recai como objetivo geral, compreender os principais transtornos mentais causados pela COVID-19 na Província de Malanje e descrever os modelos de intervenção psicoterapêutica em pacientes com transtornos mentais em fase da COVID-19.

Quanto a metodologia utilizada, foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica como entrevista e como instrumentos utilizou-se um questionário, adaptado pela Escala de BSI.

Foram realizados dois grupos com seis (6) participantes da pesquisa, todos eles provenientes da Província de Malanje, organizados de modo que três (3) participantes constituíram o Grupo (G1). O primeiro processo foi centrado numa abordagem da sensação de nervosismo ou tensão muscular dos participantes durante a pandemia, medo de morrer relacionado a COVID-19, futuro incerto devido a COVID-19 e agitação em situações de stress.

Discutiu-se as dimensões que definem conceitos, como proposta por Albisetti (2010), Carvalho (2019), Novikoff e Jean-Pierre (2003) e Lipp, (2013). E outros três (3) participantes constituíram o Grupo (G2), discutiu-se sobre o consumo de bebidas alcoólicas por dia, aumento de casos de violência durante a pandemia e problemas na satisfação sexual, como o sugerido por Manuel (2011), Souza Sá e Marques (2017) e MSD (2020).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados mostraram mudanças de conhecimentos e concepções dos participantes da pesquisa do Grupo (G1), quanto ao modo mais simples das questões mencionados: *Desde que se declarou a COVID-19, como uma pandemia tens tido sensação de nervosismo ou tensão muscular?*

De forma sucinta e acurada, os participantes do Grupo (G1), *a firmam que sim pelo facto de estarem muito tempo em casa e privado de certas liberdades e que têm estado muito nervosos ao ponto de muitas das vezes transpirarem, bem como a sensação de nervosismo e tensão muscular é tanta, apesar de que muito deles sofrem de ansiedade, mas desde o momento que ouviram pela Televisão, o nervosismo toma conta deles, principalmente quando se referem de casos de mortes relacionados a pandemia.*

Com base na pesquisa feita, observamos que a maioria dos participantes, tiveram sensações de nervosismo e tensão muscular, desde o momento que tomaram conhecimento de que a COVID-19, é uma pandemia. De facto, por ser algo novo para muitos e sem cura, outros sentiam-se desconfortáveis por sentirem-se privados da sua liberdade, outros pelo facto de não aguentarem a pressão familiar, porque começaram a passar grande tempo em casa, coisas que não acontecia anteriormente. Outros por terem familiares com problemas associados a COVID-19, quando vissem notícias ligadas a morte, subiam o estado de tensão e nervosismo. Não obstante, para aqueles que têm maior

responsabilidade na família, ligadas a mulheres vendedoras, que desempenham ambos papéis (mãe e pai), mostraram-se preocupadas porque reduziram os dias de venda.

Nesta conformidade, Albisetti (2010) afirma que ansiedade que deriva do latino que significa “*apertar, sufocar*”. Quando temos medo, acontecem em nosso corpo transformações químicas que aumentam nossas energias. E quando solicitados por estímulos excessivos, nosso corpo se torna frenético, os movimentos aumentam, os pensamentos se atropelam, as palavras se sucedem de maneira rápida e confusa. O mesmo acontece com as funções físicas, como a respiração, a frequência cardíaca, etc.

Tendo em conta o que se verificou durante a pesquisa, percebemos que muitos dos participantes apresentavam quadros de ansiedade desde a leve a moderada, o que se torna preocupante porque estamos diante de um transtorno que requer uma especial atenção, caso o contrário pode dar origem para o desencadeamento de outras patologias.

O medo que sentes de morrer está relacionado com a COVID-19?

Todos os participantes, clamam que têm medo de morrer e deixarem os seus filhos. Por isso, a melhor forma é cumprirem com as medidas de prevenção deste inimigo invisível.

Relativamente a esta categoria, durante o período de observações por parte dos participantes, quando questionados sobre o medo de morrer, todos mostraram-se preocupados concernente a morte, alguns alegando de que têm filhos para criarem, outros porque são muito jovens, enfim...

Entretanto, de modo geral foi possível constatar que o medo de morrer também faz parte dos transtornos de pânico apresentado pelos participantes desta pesquisa, porque o pânico associado à COVID-19, manifesta-se com sentimentos de terror e medo intenso, na qual é interpretado pelo indivíduo como um temor de morrer ou perder a razão.

Conforme aponta Carvalho (2019) o transtorno de pânico é caracterizado por crises de ansiedade repentina e intensa com forte sensação de medo ou mal-estar, acompanhadas de sintomas físicos. As crises podem ocorrer em qualquer lugar, contexto ou momento, durando em média 15 a 30 minutos.

Compulsionando com a visão do autor, faz todo sentido, os participantes apresentarem este tipo de medo, porque tem como principal causa o novo coronavírus, que por ser um vírus invisível, perigoso e de fácil contágio, estimula o maior nível de medo por parte da população justamente por ser desconhecido, perigoso e que está a provocar muitas mortes.

Achas que a COVID-19, tornou o seu futuro incerto?

Dos três participantes da pesquisa, um afirma que sim, porque muita coisa parou devido a esta pandemia, é comerciante, mas agora não consegue viajar porque as fronteiras estão fechadas e isso reduziu a sua fonte de rendimento, o outro diz que sempre achou o seu futuro incerto, e com esta pandemia piorou ainda mais, porque não sabe o que vai acontecer daqui em diante, por esta razão já teve a ideia de tirar a sua própria vida e por fim, afirma o outro participante que, se não fosse esta pandemia já estaria a trabalhar e o que tem pensado é que as coisas já não serão como antes.

Verificou-se igualmente a incerteza por parte dos participantes, por motivos evidentes, porque muitos dependiam de negócios para sobreviverem mas, com as fronteiras fechadas tudo ficou apertado criando desta forma incertezas relativamente ao futuro, outrossim, é que aqueles que estudavam e tinham propostas de trabalhos, não conseguiram concretizar, porque os concursos foram anulados assim como as escolas foram forçadas a fecharem sem data prevista para o reinício. Por serem jovens, com certeza as expectativas tornam-se duvidosas, por esta razão o estado de ânimo baixo, contribuindo desta forma para casos de depressão. Infelizmente, alguns apresentaram ideias suicidas, pelo facto de perceberem que não há saída, tendo em conta os problemas vivenciados. Situação preocupante, porque desde o início da pandemia até o mês de Julho, em Malanje registou-se 20 casos de suicídios.

Novikoff e Jean-Pierre (2003) escrevem que, “a depressão significa rebaixamento, diminuição de pressão, em sentido figurado, é uma diminuição das forças físicas e morais. Ou seja, é toda ruptura da harmonia psíquica”.

Logo, se pode perceber em conformidade com os autores, está claro que a COVID-19, é uma das causas da depressão, porque muitos dos participantes os seus sentimentos manifestam-se em função de reações excessiva a acontecimentos negativos, ou uma falta de motivação, de vontade, até o total desespero.

Sentes-te agitado em situações de stress?

Dois dos três participantes afirmam que sim, *tem um nível alto de ansiedade no seu local de serviço ou mesmo em casa, o outro diz de igual modo que sim e na algumas vezes, sente-se a boca seca.*

No que tange a este problema, verificou-se de forma significativa a agitação dos participantes, porque hoje devido a esta pandemia as pessoas vivem de forma muito pressionada, sendo neste caso um factor predisponente para situações de stress. Por isso, é notório ver pessoas com a boca seca, irritadas, tanto em casa, como no serviço, porque o stress tem esta característica.

Lipp, (2013) “stress é uma reacção do organismo que ocorre quando ele precisa lidar com situações que exijam um grande esforço emocional para serem superadas. Portanto, quanto mais a situação durar, mais estressada a pessoa fica. Como consequência, facilmente sente-se agitada, falta de concentração, irritabilidade” etc.

Geralmente quando estamos diante de uma pandemia, guerra ou catástrofes, é muito frequente que as pessoas se sintam agitadas, o caso concreto são os erros cometidos pela Polícia Nacional, que estão a cometer muitos homicídios contra a sociedade civil devido a agitação que têm sofrido.

Análise dos resultados dos participantes da pesquisa do Grupo (G2), quanto ao modo mais simples das questões mencionados:

Consumes bebidas alcoólicas, quantas vezes por dia?

Dos participantes da pesquisa, afirmam *que todos fazem uso de bebidas alcoólicas, e fundamentam de igual modo que, bebo duas a três vezes por dia, pode beber todo dia quando tem dinheiro ou lhe pagam e, é difícil ficar sem beber.*

Durante a interação que se teve com os participantes, o consumo de bebidas alcoólicas era feito de forma recorrente, como se fosse algo que faz parte do quotidiano. No entanto, muitos já faziam o consumo antes da pandemia, mas admitiram que com o surgimento do novo coronavírus, tiveram maior liberdade para o consumo, por razões diversas, e uma delas está relacionada ao facto de não estarem a trabalhar com regularidade.

A ser verdade, preocupou-nos bastante, por ser um consumo inconsequente provocando desta forma muitos perigos, não só do ponto de vista psicológico, mas, como também social, biológico, tendo em conta a configuração que o homem apresenta como um ser biopsicossocial.

Manuel, (2011) muitos crimes violentos têm sido praticados sob o efeito do álcool e muitas das suas vítimas também se encontram sob o efeito desta substância.

Compulsionando com o autor, acrescenta que o problema à volta do consumo excessivo de substâncias psicoactivas e de todos os problemas atinentes a este fenómeno encontra-se enraizada há muito tempo na vida das diversas sociedades.

Porquê que há muitos casos de violência durante a pandemia?

Um diz pelo facto de estar confinado, outro, por conta do pânico e fruto da pobreza e por fim, porque é um tempo de muita pressão.

Com base a pesquisa feita, constatou-se depoimentos relacionados ao confinamento, ansiedade, stress e desemprego como principais causas da violência doméstica durante o período da pandemia, com maior destaque a violência física e psicológica.

Souza Sá e Marques (2017) a violência intrafamiliar que acomete crianças, adolescentes, idosos, mulheres e homens, tem sido objecto de pesquisa em função do aumento do número de casos nos últimos anos, alcançando proporções epidêmicas. Este tipo de violência é caracterizado por acção ou omissão que prejudique a integridade física e/ou psicológica.

É evidente, porque muitos não estavam acostumados a ficarem muito tempo juntos, o que nos leva a inferir que não se conheciam de forma directa, como diz-se é com base na convivência que se conhece realmente quem é o sujeito, com o surgimento do novo coronavírus, muitos foram obrigados a passarem grande parte do seu tempo em casa, principalmente no estado de emergência. É aqui aonde muitos comportamentos camuflados como: o uso de álcool, intolerância a contrariedade, indisciplina, relações extra-conjugais, agressividade, etc.

Quanto a relação conjugal, tem tido problemas na satisfação sexual?

Dos participantes da pesquisa, afirmam o seguinte: não consegue manter relação sexual satisfatória, porque sofre de ejaculação precoce, e sente que isso vai de mal a pior, não sente prazer, porque não tem devida atenção por parte do meu parceiro e não sente o orgasmo por causa do stress ou desentendimento com o mesmo.

Nesta categoria, permitiu-nos constatar o nível de insatisfação sexual por parte dos participantes, tanto as mulheres como os homens. Na visão masculina as principais dificuldades, estavam relacionadas com a falta de erecção, ejaculação precoce e ansiedade, já as mulheres a falta de desejo e ausência de orgasmo.

O que chamou-nos bastante atenção, é a maneira como certos homens, descobriram outras formas de satisfação sexual não com as suas parceiras reais, mas a partir de fantasias (relações sexuais a partir das redes sociais com mulheres virtuais), em muitos casos muitos deles enviam dinheiro por intermédio de transferências bancárias mesmo não conhecendo fisicamente a mulher, parece algo simples mas, é bastante complicado porque é um problema que tem ganhado uma grande dimensão no mundo da sexualidade.

De acordo com o MSD, (2020) comportamentos sexuais desta natureza, é compreendido como uma parafilia. Caracteriza-se por fantasias ou comportamentos frequentes, intensos e sexualmente estimulantes que envolvem objetos, inanimados, crianças ou adultos. O foco da parafilia pode ser uma variedade de objetos, situações, animais ou pessoas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo ao esboço ora pesquisado e apresentado, entendeu-se que o vírus da pandemia COVID-19, é invisível, perigoso e de fácil contágio porque é transmitido entre pessoas pelo contacto próximo, animal/pessoa e gotículas, não ocorre por transmissão aérea. A ser verdade, torna-se óbvio as repercussões causadas na vida das pessoas, quer seja do ponto de vista psicológico, social, económico e político. Assim sendo, constatamos que os principais transtornos causados pela COVID-19, em Malanje são: a ansiedade, depressão, pânico, stress, stress pós-traumático, depressão, suicídio, violência doméstica, consumo inconsequente de bebidas alcoólicas e transtornos sexuais.

De realçar que de entre os transtornos acima referenciados, muitos dos participantes já o tinham, mas em níveis muito baixo, mas com o surgimento do novo coronavírus, os níveis foram aumentando de forma drástica, preocupando desta forma a classe de saúde mental.

Com base nos resultados obtidos, muitos todos participantes alegaram sentirem-se nervosos ou com tensão muscular, até o ponto de transpirar, desde o momento que tomaram conhecimento do vírus como uma pandemia. Relativamente ao medo sobre a morte, a resposta foi unânime, porque todos mostraram-se preocupados, com maior preocupação de quem realmente ficaria com os filhos caso morresse.

De igual modo aconteceu com a insegurança quanto ao futuro, porque pararam de estudar, trabalhar, o que influenciou de certa forma para que muitos tivessem ideias suicidas. Concernente a violência doméstica, é outro problema que também teve um destaque. Em função do maior nível de casos registados no período da COVID-19, bem com o suicídio que teve um record de 20 casos, isto é, desde Maio até Julho. Não se esquecendo do consumo inconsequente de bebidas alcoólicas, que também nos assustou bastante, porque muitos dos consumidores nesta fase, apresentam sinais de dependência. Outrossim, são os transtornos sexuais, com destaque as parafilias (relações sexuais fora do padrão normal), através de vídeos pornográficos, imagens pessoais através das redes sociais.

Assim sendo, podemos concluir que a COVID-19 é uma pandemia equivalente há uma guerra, porque apresenta vários estágios como: pré-desastre, durante o desastre e pós-desastre. O que significa dizer que cada uma dessas pode surgir um tipo de transtorno mental e, o modelo de intervenção também é diferente. Por isso, a nossa pesquisa se baseou nestas três fases tendo em conta a Psicologia das emergências, e das consultas feitas nos consultórios de Psicologia durante a pandemia, constatamos que muitos ficaram deprimidos, ansiosos, entraram em pânico, ficaram stressados, agressores, consumidores de bebidas alcoólicas, e com problemas sexuais, tendo como principal motivo o surgimento do novo coronavírus.

Portanto, o vírus existe é real e desconhecido, por notar-se a frequente ausência dos serviços de saúde mental, isso influenciou com que muitos desencadeassem a esses problemas, porque são poucos que têm tido assistência psicológica. Por isso, neste artigo, referenciamos os modelos de intervenção psicoterapêutica por serem problemas específicos de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A.T. (1984). Cognitive approaches to stress. In C. Lehrer & R. L. Woolfolk. *Clinical Guide to stress Management*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Beck, A., Dattilio, N., & Freeman, V. (1998) *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental*. São Paulo: Roca.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Contreiras, G. (2020). A utilização das medidas de cumprimento da pandemia COVID-19 e sua contribuição para o desenvolvimento económico e social da província de Malanje. *RIESA*, 3 (2), 18-40. doi: 10.37334/riesa.v3i2.35
- DSM – V. (2020). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fenichel, O. (2000) *Teoria Psicanalítica das Neuroses. Fundamentos e Bases da Doutrina Psicanalítica*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Graziani, P. (2001). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vos E. Considerable uncertainty remains in the evidence for primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 14(8). doi: 10.1002/14651858
- Lazarus, R.S. (1984). *Emotion et adaptation*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lipp, M. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)*. IPCS- Instituto de Psicologia e Controle de Stress. Lisboa: Climepsi Editores.
- Manuel, F. (2011). *Consumo de Bebidas Alcoólicas*. BC Livtec.
- Novikoff, M., & Jean-Pierre, O. (2003) 101 *Respostas sobre a depressão*. *Arte de Viver*. Publicações Europa-América.
- OMS (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra.
- Souza, E.R., Minayo, M. C. S., & Malaquias, J.V. (2002). Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad Saúde Publica*, 18(3), 673-83.
- Souza Sá, J., & Marques, A. (2017). Violência intrafamiliar contra a criança e repercussões no contexto escolar. *ENCICLOPÉDIA BIOSFERA*, 14(26), 2017-1175. doi: 10.18677/EnciBio_2017B100

Weber, Z. (2014) *A Psicanálise depois de Freud. Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Vaz-Freixo, M. J. (2011). *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.