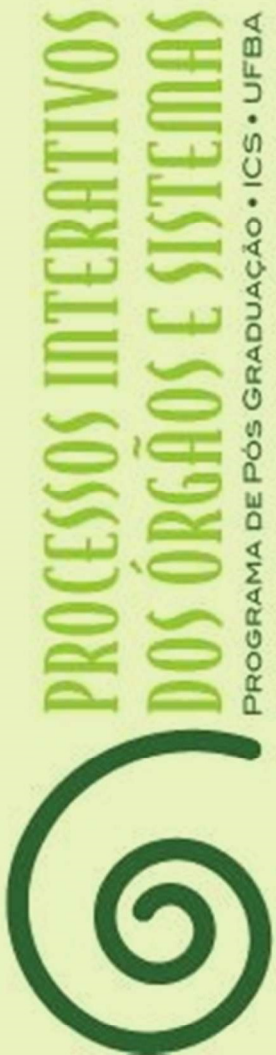


Gilsie Bezerra Siebra Miranda



Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Social durante a Pandemia de COVID-19

Salvador
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas

Gilsie Bezerra Siebra Miranda

**FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE EM ISOLAMENTO
SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Salvador

2021

Gilsie Bezerra Siebra Miranda

**FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE EM ISOLAMENTO
SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Manoel da Silva Ribeiro

Salvador

2021

Ficha catalográfica: Eneida Santana Baumann CRB 1570-5

- M672 Miranda, Gilsie Bezerra Siebra.
Fatores associados ao estresse em isolamento social durante a
pandemia de covid-19 / Gilsie Bezerra Siebra Miranda - Salvador (Ba)
- 2021.
73 f. il.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Manoel da Silva Ribeiro.
Dissertação (Mestrado) - – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Ciências da Saúde. Programa de em Processos Interativos
dos Órgãos e Sistemas. Salvador, 2021.

1.Estresse Psicológico. 2.Isolamento Social. 3.Pandemia. 4.COVID-
19. I. Ribeiro, Nildo Manoel da Silva. II. Universidade Federal da
Bahia. III. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação
em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título.

CDU 614.4/159.96



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Ciências da Saúde



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

GILSIE BEZERRA SIEBRA MIRANDA

**FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE EM ISOLAMENTO DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19**

Salvador, Bahia, 29 de janeiro de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA:

DocuSigned by:

Nildo Manoel da Silva Ribeiro

2CC695BD3368418...

PROF DR NILDO MANOEL DA SILVA RIBEIRO (Examinador Interno)

DocuSigned by:

Martha Moreira Cavalcante Castro

1E9E3A2DA86B4ED...

PROFA DRA MARTHA MOREIRA CAVALCANTE CASTRO (Examinadora Interna)

DocuSigned by:

Valdenilson Ribeiro Ribas

E2D2E6CCEAB0433...

PROF DR VALDENILSON RIBEIRO RIBAS (Examinador Externo)

Àquela que esteve comigo a cada segundo da escrita desse trabalho, em meu ventre.

AGRADECIMENTOS

Mesmo um trabalho com um único autor é o produto da colaboração de muitas pessoas. Agradeço imensamente o apoio de meu marido Lucas, por todo o carinho e dedicação. A meus pais, minha eterna rede de segurança e modelo de competência no qual me inspiro.

Sou grata por ter sido abençoada com amigos maravilhosos, e aqui agradeço especialmente o apoio dos amigos Tuffy, Moisés e Eneida.

Aos professores Nildo Ribeiro e Martha Castro, pela confiança depositada em mim.

Também sou grata a todos os 607 participantes da pesquisa, que doaram uns minutos de seu tempo para contribuir com este estudo e, sem os quais, este estudo não existiria.

Por fim, agradeço a Carlos Alberto Dantas, sempre solícito e gentil, por sua constante disposição em ajudar.

RESUMO

Introdução: Devido à pandemia de COVID-19, houve um isolamento em larga escala na sociedade. Muitos estudos sobre isolamento em grupos que possuem treinamento específico, como astronautas e militares, encontraram questões de saúde mental como estresse, mas é preciso ampliar a investigação dos efeitos do isolamento na população geral. **Objetivo:** Investigar fatores associados ao estresse percebido em situação de isolamento social. **Método:** Estudo observacional e transversal, realizado remotamente com indivíduos maiores de 18 anos em isolamento social durante a pandemia, que não apresentavam diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Foram usados um questionário e a Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS). Todos os aspectos éticos da pesquisa foram observados. **Resultados e Discussão:** A amostra analisada foi composta de 400 voluntários, que apresentou níveis mais elevados de estresse de uma forma geral. Foram identificados vários fatores associados ao estresse percebido em isolamento no contexto de pandemia de COVID-19, como faixa etária, região onde mora, gênero, estado civil, vínculo profissional, possuir uma crença, dentre outros. Foram destacados os seguintes fatores associados: tempo de isolamento, ter filhos, estudo remoto, entender suas ações como relevantes, ter uma separação bem definida entre horários de trabalho/estudo e de descanso, a existência de um espaço dedicado para o trabalho em vez de ambientes multiuso e ter uma estrutura de rotina organizada. Um fator que não se mostrou associado ao estresse foi quantidade de atividades e carga de trabalho. **Conclusão:** Sendo um estudo de isolamento, não de confinamento, as questões debatidas não podem ser explicadas apenas por uma questão de restrição de espaço físico, mas provavelmente pela restrição na socialização. Alguns dos fatores associados encontrados apontam para a possibilidade de, mesmo numa situação de pandemia que está fora do controle do indivíduo, ser possível mitigar os efeitos do estresse em isolamento com a mudança de alguns aspectos de seu cotidiano.

Palavras-chave: Estresse Psicológico; Isolamento Social; Pandemia; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Due to the COVID-19 pandemic, there was a large-scale isolation in the society. Many studies on isolation in groups with specific training, such as astronauts and military personnel, have found mental health issues such as stress, but further investigation into the effects of isolation on the general population is needed. **Objective:** To investigate factors associated with perceived stress in social isolation. **Method:** Observational and cross-sectional study, carried out remotely with individuals over 18 years of age in social isolation during the pandemic, that did not have a diagnosis of psychiatric disorder. A questionnaire and the Perceived Stress Scale (PSS) were used. All ethical aspects of the research were observed. **Results and Discussion:** The sample analyzed was composed of 400 volunteers, who showed higher levels of stress in general. Several factors were identified as associated with the perceived stress in isolation in the context of the COVID-19 pandemic, such as age group, region where you live, gender, marital status, employment bond, having a belief, among others. The following associated factors were highlighted: isolation period, having children, study, understanding their actions as relevant, having a well-defined separation between work time and rest time, the existence of a dedicated space for work instead of multipurpose environments and have an organized routine structure. One factor that was found not associated with stress was the amount of activities and workload. **Conclusion:** Being an isolation study, not a confinement study, the issues discussed cannot be explained only by a matter of physical space restriction, but probably by the restriction in socialization. Some of the associated factors found point to the possibility that, even in a pandemic situation that is beyond the control of the individual, it is possible to mitigate the effects of stress in isolation by changing some aspects of their daily lives.

Keywords: Psychological Stress; Social Isolation; Pandemic; COVID-19.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação de Percentis.....	24
Tabela 2 – Alguns Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Social.....	26
Tabela 3 – Razão de Prevalência de Alguns Fatores Associados ao Estresse.....	29
Tabela 4 – Estado Civil e Quantidade de Filhos.....	30
Tabela 5 – Outros Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Social.....	33
Tabela 6 – Razão de Prevalência de Outras Associações Relevantes.....	34
Tabela 7 – Razão de Prevalência de Psicoterapia e Uso de Medicamentos para Dormir.....	39
Tabela 8 – Alimentação e Estresse.....	40
Tabela 9 – Tempo de Isolamento e Estresse.....	41
Tabela 10 – Interpretação da Situação e Estresse.....	43
Tabela 11 – Sintomas Comportamentais Apresentados.....	44
Tabela 12 – Outros Sintomas Apresentados.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID-19	<i>Coronavirus disease</i>
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SAM	Simpático-Adrenal-Medular
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
GCs	Glicocorticóides
IL-6	Interleucina-6
CID 10	Classificação Internacional das Doenças 10ª Edição.
CID 11	Classificação Internacional das Doenças 11ª Edição.
CEP-ICS-UFBA	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RMS	Região Metropolitana de Salvador
EAD	Ensino à Distância

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.	MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1	ASPECTOS ÉTICOS	22
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	24
4.2	FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE	25
4.2.1	Gênero e Família	28
4.2.2	Atividades, Estudo e Trabalho	32
4.2.3	Práticas em Isolamento	38
4.2.4	Atitudes Frente ao Isolamento	40
4.2.5	Sintomas Apresentados	43
5.	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
	ANEXOS	62
	ANEXO A – Escala de Estresse Percebido (PSS)	62
	ANEXO B – Questionário	63
	ANEXO C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética	71

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o mundo vem enfrentando uma pandemia histórica de enormes proporções, causada por um novo tipo de coronavírus, o SARS-CoV-2, e a síndrome dos sintomas clínicos causada por ele, denominada "*coronavirus disease*" ou COVID-19.^{1,2} Uma característica conhecida da COVID-19 é o período de incubação, que dura em média 5 dias, podendo variar a até mais de 14 dias. Por ser contagiosa nesse período, antes de apresentar sintomas, o dano é potencialmente maior.³ Sua grande virulência provocando infecções pré-sintomáticas contribuiu para que o surto inicial rapidamente escalonasse para uma epidemia e, em poucos meses, se tornasse uma pandemia.

Pelo grande impacto da doença, muito tem sido estudado, mas ainda não existe uma concordância sobre um tratamento efetivo^{1,4}, por isso, a prevenção tem uma importância ainda maior. As medidas de controle comumente utilizadas nessa pandemia incluem quarentena e reduções de mobilidade em nível populacional. Os impactos do distanciamento social e outras intervenções não farmacêuticas (por exemplo, uso de máscaras faciais) na trajetória da epidemia são enormes.³ Um estudo de modelagem matemática mostrou que uma redução de 25% na transmissibilidade a partir da implementação nacional de medidas de controle como o isolamento social levaria a uma redução de 50% na magnitude da epidemia e a um mês de atraso no pico da epidemia.⁵

Para conter o avanço do vírus, que rapidamente causou sobrecarga nos sistemas de saúde de inúmeros países, a prática do isolamento tem sido amplamente adotada, sendo através do distanciamento social voluntário dos cidadãos, ficando em casa, ou no formato de determinações governamentais de confinamento, exigindo que as pessoas não saiam de suas casas a não ser para serviços essenciais. De toda forma, a população mundial se viu numa situação inesperada de isolamento numa escala sem precedentes.

Apesar de extremamente efetivo para a diminuição do número de casos da doença, o isolamento exerce nas pessoas vários efeitos que são dignos de nota. Diversos estudos já descreveram os seus impactos na psiquê humana, como ansiedade, irritabilidade, alterações do sono, hostilidade e depressão⁶⁻⁸, além de fadiga^{6,9} e prejuízo da capacidade cognitiva^{7,9}.

Os sintomas típicos também incluem níveis alterados de hormônios do estresse e alterações imunomoduladoras. Diferenças nos traços de caráter podem induzir níveis de estresse severamente alterados. O isolamento e o confinamento podem colocar o corpo humano

sob uma grande quantidade de coação psiconeuroendócrina, o que resulta em alterações neurocognitivas e sintomas fisiopatológicos mensuráveis.⁹

Os impactos do isolamento social na saúde, portanto, são amplamente reconhecidos. A evidência de seus efeitos adversos na saúde mental é particularmente forte.¹⁰ Além disso, ele também pode provocar maior suscetibilidade a doenças infecciosas^{11,12}.

Grande parte desses estudos, no entanto, foram feitos envolvendo grupos bem específicos, como astronautas, cientistas em expedições polares e militares em submarinos. Esses profissionais, em geral, passam por triagem psiquiátrica e psicológica, que analisa características de personalidade e habilidades interpessoais, e, uma vez selecionados, possuem amplo treinamento para as situações de confinamento e isolamento, sendo preparados para esse momento.^{6,7,9} Devido ao surgimento repentino do SARS-CoV-2, a população geral, ao contrário, foi surpreendida com a necessidade de isolamento, uma situação inesperada para a qual houve nenhuma preparação prévia, o que poderia agravar consideravelmente os sintomas do isolamento.

Mesmo com todas essas questões, considerando o objetivo do isolamento de evitar uma doença potencialmente fatal, ainda assim parece valer a pena fazê-lo. Entretanto, é importante atentar para as suas implicações, em especial no que tange a sua relação com o nível de estresse dos indivíduos. O estresse por período prolongado possui uma série de efeitos e, entre eles, há um especialmente importante neste contexto: a imunossupressão, que favorece infecções¹³.

Considerando a situação pandêmica atual, envolvendo uma patologia para a qual ainda não existe um tratamento amplamente estabelecido, é desnecessário explicar a importância da manutenção de um sistema imunológico em perfeito funcionamento. O estresse, portanto, não seria simplesmente algo indesejado ou desagradável, mas provavelmente algo de grande prejuízo para o indivíduo, potencialmente aumentando o risco de desenvolver um quadro mais grave da doença.

A situação da pandemia por COVID-19 é, por suas características próprias, geradora de estresse. É uma situação em que muitos aspectos ainda são desconhecidos e que não se sabe quem vai sair ileso ou quando vai acabar. O medo e a incerteza, *per si*, já podem trazer uma sensação de insegurança e de ansiedade enorme¹⁴. Isso, além de aumentar o estresse, dificulta o foco em outros aspectos da Vida, o que pode, dentre outras coisas, prejudicar consideravelmente o desempenho no trabalho e as relações.

Ademais, devido ao alto grau de contágio do SARS-CoV-2, há uma necessidade de isolamento que, por sua vez, também produz ansiedade, a qual pode ser agravada pela falta de preparo psicológico prévio e pelo desconhecimento do seu prazo de duração. Em diversos estudos sobre isolamento^{6,7,9,15-18}, fala-se muito de características de personalidade e de treinamento para astronautas, militares em submarinos e equipes em expedição polar. Mas essas variáveis não são controláveis em uma situação em que a população de forma generalizada precisa fazer distanciamento social e se confinar em casa.

Além do sofrimento psíquico, o estresse tem outra importante característica: pode prejudicar o pleno funcionamento do sistema imunológico^{13,19-21}, que, desnecessário dizer, tem elevado grau de importância em uma situação de pandemia de alta mortalidade em que ainda não há tratamento com eficácia amplamente estabelecida. Para somar à problemática, os efeitos do isolamento podem contribuir para a menor adesão aos cuidados de prevenção ao COVID-19, pois o isolamento social também pode provocar condutas de risco e redução de comportamentos de prudência^{6,10}.

Diante dos efeitos prejudiciais do isolamento e do estresse, especialmente considerando o contexto atual, é importante que seja analisado como reduzir esses efeitos. Considerando que o agente causador do estresse e motivador do isolamento – uma pandemia em larga escala – não está dentro das possibilidades de controle, resta tentar controlar outros fatores que minimizem ou ampliem o grau de estresse vivenciado pelas pessoas.

Considerando tudo isso, um estudo sobre os fatores associados ao estresse de pessoas em isolamento durante a pandemia de COVID-19 é de extrema relevância nessa conjuntura. Como não se pode eliminar o agente estressor no momento, torna-se ainda mais importante analisar as variáveis associadas ao estresse nesse contexto, para possivelmente mitigá-lo no futuro. O objetivo desta pesquisa é, portanto, investigar fatores associados ao estresse percebido em situação de isolamento social, verificando o nível de estresse percebido dos participantes e identificando quais fatores estão associados ao nível de estresse.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Existem muitos estudos e pesquisas sobre o estresse, enfocando inúmeros aspectos e modelos diferentes que abrangem este tema. Ademais, este fenômeno foi tratado de diversas formas ao longo do tempo. Precursor no assunto, o endocrinologista Hans Selye²² interessou-se pelo estudo sobre eventos estressores e denominou o conjunto das modificações orgânicas resultantes do contato do organismo com um determinado estímulo desencadeador de tensão como Síndrome Geral de Adaptação (SGA). A partir disso, o estresse foi sendo estudado sob diferentes perspectivas, chegando-se então à consideração das diferenças individuais e das variáveis cognitivas e motivacionais, sendo Richard Lazarus²³ um dos estudiosos mais importantes desta linha. Assim, a importância dos fatores potencializadores de estresse não é desprezada, passam a ser considerados aspectos individuais, culturais e sociais, bem como o contexto em que ele se dá^{23,24}.

No aspecto biológico, dois eixos diferentes ativam a reação fisiológica humana ao estresse. Enquanto a ativação do eixo simpático-adrenal-medular (SAM) inicia reações de estresse de curto prazo, respostas ao estresse de longo prazo são mediadas pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA).²⁵ A liberação de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na corrente sanguínea atua no córtex adrenal, ativando a produção de glicocorticóides (GCs) e a liberação de cortisol.¹⁹

Os GCs são hormônios imunorreguladores produzidos predominantemente nas glândulas adrenais em resposta a sinais fisiológicos e estresse, e têm um forte impacto no sistema imunológico e no metabolismo.^{13,20} Eles regulam funções fundamentais do corpo, incluindo metabolismo, cognição, saúde mental e homeostase imunológica.²⁶ O estresse induz a liberação de GCs para mediar atividades imunorregulatórias, principalmente imunossupressoras.²⁰ Sob condições de estresse de longo prazo, a liberação de GCs resulta em diversas adaptações fisiológicas.

Tanto a ativação aguda quanto a crônica dos componentes do sistema de estresse e do eixo HPA estão associadas a consequências diretas na atividade e na integridade funcional de outros sistemas fisiológicos, incluindo os responsáveis pela reprodução, crescimento e imunidade, os quais são atribuídos principalmente à interação dos hormônios adrenais com outros sistemas fisiológicos.¹⁹

O cortisol ativa a gliconeogênese no fígado, diminui a secreção pancreática de insulina e promove a liberação de glucagon. Além disso, a pressão arterial aumenta e o efeito das catecolaminas é potencializado.²⁷ O cortisol exerce *feedback* negativo, tanto no nível da hipófise quanto do hipotálamo. Ele pode afetar adversamente a função de numerosos sistemas vitais, levando a alterações neurais e cognitivas, osteopenia, diabetes mellitus, obesidade visceral e imunocompetência alterada.¹⁹ O cortisol atua como regulador extrínseco da resposta imune¹⁹ e a imunossupressão, resultante do estresse crônico, facilita infecções¹³.

De forma geral, o estresse é a resposta fisiológica e comportamental de um indivíduo que se esforça para se adaptar e se ajustar a estímulos internos e externos. Considerando que a energia necessária para esta adaptação não está disponível de forma ilimitada, se houver persistência do estímulo estressor, o organismo eventualmente entrará em fadiga²⁸.

O estresse seria, portanto, reações do organismo agredido com o intuito de manter a "homeostase", isto é, o equilíbrio com o meio. A SGA, definida por Selye, representa todas as modificações não específicas produzidas pelo organismo durante o estresse, englobando todos os fatores que desencadeiam um estresse até que esse atinge um nível intolerável para o organismo. A SGA se desenvolve em três fases: Reação de Alarme, Fase de Resistência e Fase de Esgotamento²⁹.

O primeiro estágio é a chamada Reação de Alarme, durante a qual o organismo reconhece o estressor e ativa o sistema neuroendócrino. Nesse, as glândulas suprarrenais são as mais prontamente ativadas e produzem os hormônios típicos do estresse: o cortisol, a adrenalina e a noradrenalina. Devido a isso, notadamente por conta da adrenalina, os batimentos cardíacos aceleram, há midríase, aumento da sudorese e ocorrência de hiperglicemia. Simultaneamente, a digestão é paralisada, há um aumento de glóbulos vermelhos para melhorar o suprimento de oxigênio aos tecidos e a atividade imunológica é interrompida, devido à ação do cortisol²⁹.

A função do conjunto de alterações fisiológicas da primeira fase é preparar o organismo para a ação, para adaptação imediata à situação proporcionada pelo estímulo estressor, a fim de, basicamente, favorecer a sobrevivência. São respostas normais em qualquer situação de dano ou perigo. O estresse, portanto, não implica, obrigatoriamente, uma alteração patológica. Uma "dose baixa" de estresse é normal, fisiológica e desejável (*eustress*)²⁸.

Depois dessa primeira reação de alarme, se os agentes estressores continuam agindo de forma contínua e o sujeito não obtém sucesso em se adaptar adequadamente a eles, a segunda

fase - denominada Fase de Resistência - se dá. Ela é caracterizada pelo aumento da resistência ao agente estressor em questão e diminuição a outros tipos de agentes agressores³⁰.

Na fase secundária de resposta ao estresse, o sujeito busca ajustar-se continuamente à situação estressora. A partir desse momento, há a provisão de fontes de energia rapidamente metabolizáveis, ou seja, ocorre uma elevada produção e consumo de glicose. Toda essa mobilização de energia provoca alguns efeitos como sonolência, sensação de desgaste, fraqueza, falta de concentração, cefaléia e lapsos de memória³¹. O estresse prolongado aumenta a produção de glicocorticóides, hormônios que, atuando em áreas hipocampais, estão relacionados a problemas de concentração e memória³².

Por fim, a Fase de Exaustão ou Esgotamento constitui a soma das reações orgânicas que decorrem da superexposição ao estressor, para o qual a aparente adaptação estabelecida na Fase de Resistência já não é suficiente. Aparecem, então, reações semelhantes àquelas da primeira fase, porém mais graves³³.

O maior perigo para o organismo passa a ocorrer quando a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal se torna crônica e repetida. Nesse momento, começam a surgir alterações patológicas causadas pelo nível constantemente elevado dos hormônios supracitados. Sendo muito intensas ou muito duráveis, as modificações na composição química e na estrutura funcional do organismo diante do estresse, ao contrário de contribuírem para a adaptação, farão exatamente o oposto. Esse estresse exagerado e patológico (*distress*) pode ter consequências mais danosas²⁸.

Trazendo outro olhar sobre o estresse, Dohrenwend³⁴ afirmava que não seria interessante somente identificar as repercussões do estresse, mas também se voltar para a detecção de quais estressores que motivariam o seu desencadeamento. Essa visão centrada no estímulo tem como foco as relações entre tipos de estressores e as respectivas respostas fisiológicas geradas, que poderiam variar sua magnitude de acordo com as características do estressor³⁴. Nessa linha, Holmes e Rahe³⁵ propuseram medidas para o que denominaram de Eventos Vitais Estressores, que seriam determinadas situações críticas que poderiam acontecer com qualquer pessoa e que, de modo direto ou indireto, demandariam uma quantidade de esforço adaptativo específica para cada tipo de evento.

Para Holmes e Rahe³⁵, a realidade objetiva do estressor se sobreporia a outros impactos geralmente ligados ao contexto do estresse. Seria a magnitude intrínseca ao evento estressor que determinaria o alcance das reações do estresse. A partir disso, duas categorias de estressores

poderiam ser delimitadas: os macroestressores, eventos que ocasionam amplas mudanças na vida de uma pessoa e exigem um grande dispêndio de energia adaptativa para lidar adequadamente com a situação; e os microestressores, situações de menor impacto que ocorrem na história dos indivíduos que demandam algum esforço de adaptação, numa extensão menor, mas que poderiam ter um efeito cumulativo entre eles³⁶.

No entanto, a perspectiva baseada no estímulo considera uma relação de estímulo-resposta simples e não contempla mecanismos adaptativos que elevem ou atenuem a intensidade da reação estressógena³⁶. Diversos autores criticaram essa abordagem teórica, por não considerar as diferenças individuais^{37,38} nem levar em conta o efeito de variáveis que modificariam o impacto dos estressores^{23,39}.

Contribuindo para o estudo do estresse, Lazarus e Folkman⁴⁰ colocaram-no, a partir da Teoria Relacional do Estresse, como sendo dependente da relação que a pessoa tem com o ambiente no qual está inserida. A percepção do sujeito em relação aos estímulos com os quais mantém contato influencia sua experiência. Deste modo, a magnitude do estressor é definida pela percepção que o indivíduo tem deste estímulo, seguindo a Teoria Relacional do Estresse. Os indivíduos, baseados em suas percepções, estabelecem dois níveis de avaliação dos estímulos estressores: a primária, que avalia o estímulo em si; e a secundária, na qual o sujeito julga se seus recursos pessoais para resistir ao estresse são eficazes ou não. Desta maneira, não somente as reações fisiológicas são consideradas, mas também as cognitivas e afetivas³⁰.

Esses autores também referem que os estímulos estressores pertencem a três categorias: ameaça, dano e desafio. A primeira implica a antecipação de uma contingência desagradável que pode vir a ocorrer, mas ainda não aconteceu. O dano está associado a algo que já aconteceu ao indivíduo e só lhe resta tolerar o acontecimento ou reinterpretar o seu significado ou as suas consequências. Já os desafios representam circunstâncias nas quais o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas⁴⁰.

O estresse seria o resultante do desequilíbrio entre as exigências de uma tarefa e os recursos pessoais para cumprir tais exigências. Uma pessoa pode perceber esse desequilíbrio como desafio e, em consequência, reagir dedicando-se a essa tarefa. Pelo contrário, se a discrepância é percebida como ameaçadora, então o indivíduo enfrentará uma situação estressante negativa, que pode levá-lo a evitar a tarefa^{41,42}.

Pensando na percepção do indivíduo com relação ao estresse, Cohen *et al*³⁷ propuseram uma escala que avalia o estresse percebido, ou seja, mede o quanto os indivíduos percebem uma

determinada situação como estressante. Essa escala, designada *Perceived Stress Scale* (PSS – em português, Escala de Estresse Percebido), foi construída para que seus itens verifiquem o quanto os respondentes avaliam suas vidas como imprevisível, incontrolável e sobrecarregada^{37,43}. Essas três questões têm sido consideradas como componentes centrais na experiência de estresse^{43,44}. Muito conhecida e largamente utilizada, a PSS baseou-se no modelo teórico de Lazarus que descreve o estresse como resultado quando a situação é percebida como uma ameaça ou o indivíduo avalia que seus recursos são insuficientes para lidar com a situação^{45,46}.

Diversas pesquisas relacionaram os índices da PSS com medidas fisiológicas relacionadas ao estresse, como níveis alterados de cortisol^{47,48}, citocinas⁴⁹ e catecolaminas⁵⁰. Outros trabalhos demonstraram que a PSS é confiável para a inferência sobre alterações imunológicas⁵¹ importantes, incluindo a detecção de diminuição das células CD4⁵² e a associação com infecções respiratórias^{53,54}. Mensurado por meio da PSS, o elevado nível de estresse percebido está associado a altos níveis de cortisol, triglicérides e interleucina-6 (IL-6), dentre outros desequilíbrios fisiológicos⁴⁸.

A PSS é pontuada de forma que seu escore é uma variável discreta num *continuum*, sem subcategorias ou pontos de corte. Na área da saúde, muitos pesquisadores categorizam as variáveis com a justificativa de que a maioria das decisões clínicas é dicotômica. Assim, é comum a prática de criar pontos de corte ou agrupar os escores em categorias, como baixo, médio, alto. No entanto, os autores da PSS não a recomendam, pois, ao se enquadrar diferentes escores em um mesmo grupo, perde-se precisão nas análises estatísticas⁴⁸. Criar classificações para escores de variáveis contínuas pode levar a uma perda de sensibilidade dos resultados e da sua análise, tanto em uma pesquisa quanto na prática clínica^{55,56}.

Hoje, a visão proposta originalmente por Lazarus e Folkman permanece como corrente atual de estudos e ainda é a que melhor estruturou o conceito de estresse, analisando a particular interação entre ambiente, percepção do estresse, status do organismo e tempo de exposição ao estressor. Essa perspectiva considera que a mediação cognitiva extingue, atenua ou acentua o impacto inicial e as repercussões do estresse. Ela avalia como as diferenças individuais modificam as reações ao estresse, ou seja, o que torna uma pessoa mais, ou menos, suscetível às consequências do estresse severo e/ou persistente³⁶. Assim, o estresse pode ser entendido como mediador do impacto das experiências vitais que, através da percepção de controle e mobilização de emoções positivas e negativas, incidem sobre o processo adaptativo, alterando a probabilidade dos desfechos de adoecimento⁵⁷.

Atualmente, o estresse é concebido como possível via de explicação da interface entre as dinâmicas psicológica, social e biológica, sendo um importante tema de estudo na busca pela compreensão da diversidade de fatores que afetam o processo saúde-doença⁵⁸. O estresse seria, portanto, um fenômeno psicossocial com repercussão biológica, ativado quando há a percepção de uma ameaça real ou imaginária interpretada como capaz de provocar prejuízos à integridade física e/ou mental de um indivíduo⁵⁹.

Na Classificação Internacional das Doenças (CID 10)⁶⁰, existem algumas enfermidades associadas ao estresse. Um exemplo seria a Reação ao Estresse Grave e Transtornos de Ajustamento (F43), transtornos considerados como respostas inadequadas a um estresse grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e prejudicam o funcionamento social. Mais especificamente, o Transtorno de Ajustamento (F43.2) é definido como estado de angústia e perturbação emocional subjetivos, que, em geral, prejudicam o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo ao longo de um período de adaptação a uma mudança significativa na vida ou a um acontecimento estressante⁶⁰.

Segundo o CID 10⁶⁰, o estresse pode impactar a integridade do ambiente social do sujeito, seu sistema global de suporte social e de valor social; ou ainda ser representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento. Apesar de se admitir que o transtorno não ocorreria na ausência do fator de estresse, a predisposição e a vulnerabilidade individuais possuem papel importante na ocorrência e na sintomatologia do transtorno de adaptação.

O CID 11, atualização do CID 10, entrará em vigor em 2022 e contém diversos transtornos relacionados ao estresse, como “*Disorders specifically associated with stress*”; “*QE84 Acute stress reaction*”; “*6B43 Adjustment disorder*”; “*QD85 Burn-out*”; dentre outros⁶¹.

O estresse pode produzir uma enorme interferência na vida de uma pessoa, afetando os âmbitos físico, psíquico e social do sujeito. Ele foi associado ao aumento na vulnerabilidade a infecções respiratórias^{62,63}, incluindo uma maior suscetibilidade a doenças virais agudas, como infecções respiratórias pelo vírus influenza^{64,65}.

O efeito negativo do estresse é também notório no âmbito cognitivo do ser humano. É importante destacar a capacidade de influência que o estresse possui nas funções cognitivas como raciocínio, memória, atenção, entre outras⁴⁴. Muito é dito sobre o cortisol e os glicocorticóides, secretados pelo córtex adrenal e relacionados ao estresse, influenciarem a capacidade cognitiva. Diversas pesquisas assinalam que hormônios e mediadores químicos

específicos liberados com o estresse são responsáveis, a médio e longo prazo, pela baixa capacidade do indivíduo de desempenhar suas funções cognitivas de maneira satisfatória⁶⁶⁻⁷³.

Deste modo, o estresse, por tudo o que acarreta, dificulta a adaptação ao ambiente no que diz respeito à capacidade de lidar com situações estressoras. A forma como o indivíduo lida com uma situação estressora, considerando-a ameaça ou desafio, afeta as suas ações e seu consequente desempenho em suas atividades.

No caso do contexto de isolamento acarretado pela pandemia de COVID-19, a probabilidade de intensificação da questão do estresse é grande, pois soma o estresse advindo do trabalho e do cuidado com casa e família, com as questões psicológicas características do isolamento, além do fator estressor do evento global ocasionado pelo SARS-CoV-2 e toda a incerteza que isso traz.

A patologia acarretada pelo novo coronavírus teve seus primeiros casos identificados em dezembro de 2019 em Wuhan, capital da província de Hubei, na China.^{1,2} Os sintomas mais comuns relacionados à doença são febre, tosse, dores musculares, fadiga, dispneia, dor de cabeça, dor de garganta e sintomas gastrointestinais¹. Já foi demonstrado que o SARS-CoV-2 possui uma maior predileção pelo tecido respiratório, por conta de achados patológicos presentes nos diversos graus de infecção⁷⁴. Entretanto, a infecção não se encerra neste sistema, pois o vírus é capaz de atingir outros órgãos. Estudos apontam que o vírus, através do nervo olfativo, tem a capacidade de atingir o sistema nervoso central, causando casos graves de encefalite viral, além de outros sintomas, como anosmia, tontura e dor de cabeça⁷⁵. Além do sistema nervoso, foram verificadas evidências de espalhamento do patógeno para outros órgãos como o coração, vasos sanguíneos, rins e intestinos, com sérias implicações para os mesmos, trazendo uma maior gravidade à infecção⁷⁶. Os achados laboratoriais foram descritos em menor número de pacientes e revelaram linfopenia e proteína C-reativa anormal. Os achados radiológicos variaram, mas a maioria descreveu opacidades e consolidação em “vidro fosco”.¹

Os pacientes infectados pelo vírus podem exibir alguns desses sinais e sintomas, ser assintomáticos ou apresentar casos graves de infecção que podem levar a pneumonia, falência múltipla de órgãos e morte.^{1,3} As evidências sugerem que indivíduos mais velhos e aqueles com sistemas imunológicos comprometidos devido a condições pré-existentes têm maior probabilidade de desenvolver formas graves de COVID-19.³

Considerando todos os riscos envolvendo essa doença e a facilidade de contágio, a COVID-19 é frequentemente percebida como grande ameaça à saúde e aos meios de

subsistência; conseqüentemente, as pessoas se desgastam lendo e assistindo notícias sobre o assunto e pensando em maneiras de se proteger dela⁷⁷. Pela segurança, o isolamento é uma das principais formas escolhidas para isso. Entretanto, ele muitas vezes não é visto como uma estratégia escolhida, mas como situação imposta e, em seus momentos mais sombrios, pode parecer um encarceramento injusto⁷⁸.

Um estudo, no entanto, identificou um aspecto positivo como uma parte final do processo de isolamento. Ao superar os desafios postos pela situação, os indivíduos experimentaram resultados positivos, decorrentes do sucesso no enfrentamento do estresse, com aumento da autossuficiência, melhora da saúde e crescimento pessoal.⁷ É interessante, portanto, analisar o estado mental em que estariam as pessoas durante o período de isolamento.

Lembrando da Teoria Relacional do Estresse, de Lazarus e Folkman^{30,40}, a magnitude do estressor é definida pela percepção que o indivíduo tem de determinado estímulo. Isso poderia significar que, mesmo considerando diversas variáveis como capazes de afetar a apresentação ou não de estresse no indivíduo, a evolução das fases de estresse talvez dependesse mais da estrutura do sujeito que da natureza dos agentes estressores. Desta maneira, o caminho para o tratamento da pessoa em fase avançada de estresse poderia ser não somente eliminando os estressores – o que, neste caso, pode ser inviável ainda por algum tempo –, mas instrumentalizando os sujeitos para suportá-los. Assim, mesmo quando não é possível retirar o agente estressor de imediato, há, ainda, muito que poderia ser feito para atenuar seus efeitos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo de corte transversal. Ele foi realizado de forma remota, via internet, objetivando a segurança dos participantes neste momento de pandemia. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP-ICS-UFBA), de registro CAAE 35526920.7.0000.5662. A amostra foi selecionada por conveniência, composta pelos voluntários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou maior que 18 anos e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram critérios de exclusão: possuir diagnóstico de transtorno psiquiátrico; não ter praticado o distanciamento social em nenhuma fase da pandemia de COVID-19.

As pessoas foram convidadas a participar da pesquisa através de contato remoto via internet. No convite, foi disponibilizado o *link* de acesso ao TCLE e aos instrumentos de coleta de dados. O procedimento de coleta de dados levava um tempo total estimado em 10 a 15 minutos.

Foi utilizada a ferramenta *Google Forms* para o preenchimento do TCLE e para as aplicações dos instrumentos de coleta de dados, que consistiram em questionário e na Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale – PSS*). A PSS é uma escala geral, de simples e rápido preenchimento, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto. Essa escala já é bem estabelecida e possui tradução em diversas línguas, tendo sido validada em inúmeras culturas, inclusive no Brasil.²⁵

A coleta de dados aconteceu no mês de setembro de 2020 e, ao todo, 607 voluntários responderam aos instrumentos. Foram, então, retirados do grupo a ser analisado aqueles que cumpriam os critérios de exclusão, ao final restando uma amostra válida de 400 pessoas.

A análise de dados foi feita no mês de outubro de 2020. Primeiramente, foram avaliados os resultados da escala de acordo com os percentis de distribuição da amostra e comparados com um estudo populacional no Brasil⁷⁹, para verificar o nível de estresse da amostra de maneira geral. Num segundo momento, foram avaliadas todas as variáveis do questionário de acordo com as pontuações obtidas no PSS-10. Para essa análise, escolheu-se usar duas abordagens e posteriormente comparar os resultados encontrados entre elas: 1. Analisar os

escores brutos do PSS, utilizando as médias de pontuação para comparação entre subcategorias de cada variável; 2. Atribuir um ponto de corte para definição de estresse elevado, fazendo a Razão de Prevalência para a revelação de Fatores de Risco e Fatores de Proteção associados ao estresse no contexto estudado. Ao empregar as duas formas de análise – utilizando os valores absolutos e categorizando os escores de forma dicotômica – e compará-las, objetivou-se permitir uma avaliação de prevalência sem perder a precisão dos resultados.

Para a escolha do ponto de corte para definição de estresse elevado, foi usado como referência o estudo populacional realizado no Brasil⁷⁹, que definiu os níveis de estresse a partir dos percentis dos escores na população, sendo 22 a 26 pontos considerado estresse alto e acima de 26 estresse muito alto no PSS-10. O ponto de corte 22 também é coerente com o estudo de normatização feito nos Estados Unidos⁸⁰. A seguir, diversas variáveis foram cruzadas entre si, com o objetivo de elucidar algumas possíveis interrelações entre elas.

A análise foi feita utilizando estatística descritiva escrita com R, analisando a Razão de Prevalência, o Risco Estimado e o Intervalo de Confiança, e empregando o teste exato de Fisher, quando se aplicava, e o teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando a probabilidade de erro de 5%.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa respeitou os princípios da autonomia, não-maleficência, justiça, equidade e beneficência. Antes da aplicação do questionário e do PSS, os participantes receberam os devidos esclarecimentos a respeito do objetivo do estudo e instrumentos de coleta de dados a serem empregados. Também foi devidamente informado que não haveria qualquer remuneração ou prejuízo financeiro para o voluntário. Aos participantes, foi garantido o sigilo e foram explicados os riscos e benefícios da pesquisa.

Não foi necessária a identificação dos participantes da pesquisa nos instrumentos de coleta. Ainda assim, medidas foram adotadas para resguardar o sigilo. Os dados da pesquisa foram armazenados em programa protegido por senha e foram usados padrões profissionais de sigilo, utilizando as informações, sem identificação individual, somente para os fins acadêmicos

e científicos. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Como foram utilizadas, para a coleta de dados, apenas a aplicação de um questionário e uma escala de estresse, essa pesquisa não teve potencial danoso significativo para os participantes. No entanto, ainda poderia existir risco de os voluntários apresentarem algum cansaço, desconforto ou sentimento de constrangimento. Cada participante foi previamente orientado a que, caso houvesse alguma intercorrência ou desconforto, ele poderia parar a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si e, se necessário, poderia entrar em contato com a pesquisadora para encaminhamento a atendimento profissional sem custo.

Os potenciais benefícios dessa pesquisa envolveram o desenvolvimento de uma maior compreensão dos fatores associados ao estresse em situação de isolamento, o que possivelmente contribui para a adoção de ações práticas que podem efetivamente mitigar o estresse e diminuir o sofrimento em situações semelhantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra analisada foi composta de 400 voluntários, com idade variando de maiores de 18 anos até maiores de 80, com mediana na faixa entre 36 e 45 anos. Das pessoas pesquisadas, 29,8% eram do sexo masculino e os demais eram do sexo feminino, distribuídas em diversas categorias de escolaridade, renda, estado civil e demais informações sociodemográficas. Por ser uma amostra de conveniência, a maioria dos respondentes da pesquisa, 68,3%, morava na cidade de Salvador, mas os demais eram de vários estados e cidades do país. Os estados que possuíram mais voluntários na pesquisa foram Bahia, São Paulo e Ceará.

Em média, os voluntários estavam isolados há 5,2 meses. Durante o período, 62,3% das pessoas estavam estudando e 71,3% trabalhando, ainda que de forma remota. 80% estavam cuidando da casa e 63,3% cuidando da família. Dos voluntários, 75,3% não eram grupo de risco para a forma grave de COVID-19. Ainda assim, 44,6% da amostra teve COVID-19 ou possui algum familiar que teve, e, dentre eles, 25,3% tiveram ao menos um familiar que precisou de internação hospitalar por conta do coronavírus.

Na Escala de Estresse Percebido – PSS10, as pontuações obtidas variaram de 1 a 39 e a média de escore dos voluntários foi 18,05 (dp=7,3), coincidindo com a mediana 18. Considerando as categorias pré-estabelecidas, 69,5% da amostra atingiu escores equivalentes a até estresse moderado (em média 14,4 pontos, dp=5,1) e 30,5% dos respondentes apresentaram estresse alto ou muito alto (média 26,4; dp=3,8). Ao analisar a distribuição dos percentis no presente estudo, foi detectado que estes estão mais elevados de uma forma generalizada (Tabela 1 – Comparação de Percentis).

Tabela 1. Comparação de Percentis

Variáveis	Estudo atual	Faro, 2015
Percentil		
25	13,0	12,0
50	18,0	16,0
75	23,0	21,0
90	27,0	26,0
95	30,0	29,0

Fonte: Dados da pesquisa e Faro, 2015⁷⁹

Num estudo populacional, feito no Brasil em 2015⁷⁹, apenas 25% dos indivíduos pontuaram acima de 22 pontos no PSS, o que foi considerado como estresse alto, e apenas 10% atingiram escore de 26 ou mais, considerado estresse muito alto. Comparado a esse estudo, percebe-se que, de uma forma geral, os resultados do presente trabalho indicam uma situação de saúde mental mais fragilizada, com índices mais elevados de estresse em média e percentis; fato provavelmente explicado quando considerado o contexto de pandemia e isolamento.

Outros estudos em saúde mental realizados durante a pandemia também identificaram essa tendência. Uma pesquisa realizada na Espanha, com 4180 pessoas, mostrou que 72% dos participantes estava em sofrimento psíquico⁸¹ e uma pesquisa realizada no Paraguai com 2206 de seus cidadãos, utilizando a PSS, encontrou uma média de 18,1 (dp=5,99) no escore de estresse⁸², resultado praticamente igual ao do presente estudo.

Considerando sintomas classicamente associados ao estresse^{19,28-32}, assim como diversos reportados em situação de isolamento⁶⁻⁹, os pesquisados relataram em média 6,5 sintomas (dp=4,7). Os mais mencionados foram ansiedade (citado por 58,8% da amostra), alterações do sono (57,3%), irritabilidade (56%), falta de motivação (48,5%). Em estudo recente de revisão sobre os efeitos psicológicos do isolamento social, irritabilidade e ansiedade também foram considerados como alguns dos sintomas mais prevalentes durante o período de quarentena, assim como insônia, depressão e, claro, estresse⁸³. Novos estudos, envolvendo milhares de participantes, também encontraram uma alta prevalência de estresse, depressão e ansiedade durante a pandemia^{84,85}.

4.2 FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE

Acima, foram compartilhados os achados numa primeira análise, olhando os resultados de uma forma geral. Num segundo momento, foram analisadas em separado cada uma das variáveis investigadas, em busca de fatores associados ao estresse. Durante essa análise, alguns dos aspectos investigados se destacaram e serão discutidos a seguir.

A primeira variável analisada foi faixa etária. No contexto estudado, os mais jovens parecem apresentar maior estresse que os mais velhos. Foi interessante perceber que parece haver uma tendência de a quantidade de pessoas com estresse elevado diminuir à medida que a idade aumenta (Tabela 2 – Alguns Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Social). As médias de escore no PSS10 de cada faixa etária seguiram a mesma tendência. A única exceção

foram as pessoas na faixa etária acima de 80 anos. No entanto, como a quantidade de pessoas nesse subgrupo foi de apenas 0,8% da amostra – somente 3 indivíduos –, a possibilidade de viés pela pequena quantidade de pessoas pode explicar essa discrepância.

Tabela 2. Alguns Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Social

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	Média PSS-10	Desvio Padrão
Faixa etária		<0,001		
18 a 24	55,9		22,32	7,946
25 a 35	37,1		20,08	6,087
36 a 45	42,1		19,42	7,390
46 a 55	15,0		15,57	6,231
56 a 64	7,9		14,13	6,280
65 a 79	-		11,85	6,260
+80	33,3		17,00	9,539
Crença		0,135		
Não	39,1		19,89	7,347
Sim	26,9		17,60	7,243
Sim, mas não pratico	33,3		17,92	7,272
Região		<0,001		
Salvador	28,2		17,72	7,151
Lauro de Freitas	15,4		16,12	7,191
RMS	42,9		23,00	5,859
Interior da Bahia	37,0		18,89	6,841
São Paulo	90,6		25,82	5,981
Fortaleza	18,8		14,00	7,165
Outras capitais	33,3		18,33	7,128
Interior de Outros estados	-		16,07	5,595

Fonte: Dados da pesquisa

Outros estudos, conduzidos em diferentes países durante a pandemia, também encontraram um maior impacto psicológico percebido em pessoas mais jovens⁸⁶⁻⁸⁸. Uma pesquisa recente realizada no Canadá⁸⁹ focou especificamente nas diferenças em níveis de estresse, ansiedade e depressão de acordo com faixa etária e utilizou a PSS como instrumento de medida do estresse. Ela identificou a mesma tendência encontrada no presente estudo: as médias de escores e prevalência de estresse diminuía à medida que a idade dos participantes aumentava. Isso também é consistente com os achados de outras pesquisas envolvendo estresse realizadas em 2020^{84,90,91}.

Esse resultado pode surpreender, considerando a hipótese de que pessoas de grupos etários com maior risco de apresentar casos graves de COVID-19 apresentariam mais estresse durante a pandemia, ou se fosse levado em conta que a facilidade de usar tecnologias para o trabalho e a manutenção da Vida social iria diminuir os índices de estresse nos grupos mais novos. O que se pode talvez deduzir a partir disso é que as variáveis ser ou não de grupo de risco e fazer uso de tecnologias para o contato não sejam tão relevantes para o índice de estresse como se poderia pensar.

Uma possibilidade aqui é que o considerável maior índice de estresse entre os jovens possa ter relação com sua maior atividade social. Jovens talvez tendam a ter uma Vida social mais ativa e um círculo social mais amplo em comparação com pessoas mais velhas que talvez tendam a possuir um círculo social mais reduzido e centrado em sua família nuclear. Como esse efervescente contato social, mais comum entre os jovens, teria sido extremamente reduzido devido à pandemia, talvez o isolamento tenha tido um maior impacto para essas pessoas, que podem inclusive perceber suas perspectivas sociais, acadêmicas e profissionais mais ameaçadas pela pandemia^{86,92}.

Uma outra categoria avaliada frente aos escores do PSS10 foi crença religiosa. Nela, os resultados não foram tão discrepantes entre os subgrupos, mas parecem mostrar uma tendência. Das pessoas que relataram não possuir crença alguma, 39,1% se perceberam com altos níveis de estresse. Dentre aquelas que afirmaram terem uma crença, mas não a praticarem, 33,3% apresentaram estresse elevado. Já as praticantes mostraram uma porcentagem de pessoas altamente estressadas um pouco menor: 26,9%. As médias de escores reforçam essa aparente tendência: 19,89 (dp=7,3); 17,92 (dp=7,3) e 17,60 (dp=7,2), respectivamente. Os dados encontrados parecem reforçar a ideia sobre a relevância de um sistema de crenças, independente para a saúde mental, nesse caso em particular a redução do estresse.

Uma variável demográfica digna de nota foi a região onde os voluntários residiam. A categoria “interior de outros estados”, que incluiu todos que não moravam na Bahia ou em capitais de outros estados, teve um N pequeno, de apenas 14 pessoas, então pode não ser muito significativo. Ainda assim, vale mencionar que nenhum dos membros desse subgrupo se percebeu com estresse alto. Isso pode ter relação com o grau de contágio em cidades menores, que não possuem o mesmo fluxo de pessoas ou densidade demográfica que as capitais⁹³, o que pode dar uma sensação de segurança maior nesses locais, ainda que a região possa não ter a mesma estrutura de saúde que uma capital. Entretanto, especificamente o interior da Bahia apresentou um nível de estresse maior que sua capital. No interior do Estado, 37% das pessoas

se mostraram com estresse elevado e a média de escore no PSS foi 18,89 (dp=6,8), enquanto em Salvador, a capital, foram 28,2% com estresse alto ou muito alto e os cidadãos apresentaram uma média de escore de 17,72 (dp=7,1), como pode ser visto na Tabela 2.

Já as cidades da Região Metropolitana de Salvador (RMS) apresentaram níveis maiores de estresse, com 42,9% dos seus residentes nessa amostra com estresse alto ou muito alto e média de 23 pontos (dp=5,9) no PSS10. Uma exceção foi a cidade de Lauro de Freitas, que faz divisa com Salvador. De seus moradores, apenas 15,4% apresentaram estresse alto ou muito alto. É interessante notar que esse resultado está bem abaixo dos níveis de outras cidades da região metropolitana, do interior e, especialmente, de Salvador. Isso é ainda mais intrigante quando se considera que a diferença geográfica entre as duas cidades é mínima, que as pessoas de Lauro de Freitas têm acesso à estrutura de saúde da capital com mais facilidade que as pessoas do interior do Estado, e o fato de que os números de contágio e mortalidade da COVID-19 de Lauro de Freitas estão bem próximos aos da capital, incluindo o índice de infecção de aproximadamente 3% em ambas⁹⁴.

Analisando outros estados, alarmantes 90,9% das pessoas da cidade de São Paulo apresentaram estresse alto ou muito alto, com uma média entre os respondentes de 25,82 (dp=6,0) pontos no escore do PSS. Aqui, cabe o questionamento sobre a razão de as pessoas de São Paulo se apresentarem tão mais estressadas que as de Salvador (28,2%), Fortaleza (18,8%) ou das outras capitais (33,3%). São Paulo é uma megalópole, um centro internacional de entrada e saída de pessoas e uma das cidades mais populosas do planeta. Foi uma das cidades mais afetadas tanto no quesito de quantidade de infectados quanto de mortos⁹⁵. É provável que isso tenha trazido uma preocupação grande para os habitantes dessa cidade, afetando seus níveis de estresse.

4.2.1 GÊNERO E FAMÍLIA

Ao se comparar o desempenho no PSS10 a depender do gênero, os dados indicam que pessoas do sexo feminino apresentam 82% maior risco de ter estresse do que os homens (p=,002), como ilustra a Tabela 3. Considerando as diferenças biológicas entre as duas categorias, cabe aqui um questionamento sobre as diferenças hormonais e se elas tornariam as mulheres mais suscetíveis ao estresse e/ou ao isolamento. Alguns autores descrevem as mulheres como mais vulneráveis ao estresse do que os homens^{87,96} e muitos outros

pesquisadores do período encontraram maior presença de estresse e sofrimento psíquico no gênero feminino^{81,82,84,88,97,98}.

Tabela 3. Razão de Prevalência de Alguns Fatores Associados ao Estresse

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	RP	IC 95%
Gênero		0,002		
Feminino	35,2		1,823	1,222-2,719
Masculino	19,3		1	-
Tem filhos		0,003		
Não	38,2		1,557	1,157-2,095
Sim	24,6		1	-

Fonte: Dados da pesquisa

É importante ressaltar que diversas pesquisas utilizando a PSS como instrumento de medida identificaram maiores níveis de estresse entre as pessoas do sexo feminino^{82,98-102}, incluindo vários estudos que foram conduzidos previamente à expansão global do SARS-CoV-2. Isso pode ser um indicativo de que a predominância maior de estresse no gênero feminino, encontrada por esta pesquisadora, seja uma característica que não tenha relação específica com o isolamento ou com o contexto de pandemia.

No que concerne ao estado civil, como mostra a Tabela 4, a maioria das subcategorias apresentaram quase a mesma parcela de pessoas com estresse elevado (Casado - 25,5%; Separado - 25,7% e União Estável - 25,6%), com um subgrupo digno de nota: 42,4% das pessoas solteiras acusaram altos níveis de estresse. Esse resultado é consistente com outra pesquisa de estresse que usou a escala PSS e identificou ser solteiro como uma das principais associações com altos níveis de estresse encontradas⁸². Ser solteiro também foi associado a um maior risco de ansiedade e depressão numa pesquisa recente sobre isolamento social na Inglaterra⁹⁷.

Isso talvez pudesse ser explicado pela ausência de companhia em casa com quem interagir, o que possivelmente agravaria as consequências do isolamento e o nível de estresse. As pessoas viúvas apresentaram características de um *outlier* nesta pesquisa; como o número de pessoas viúvas foi de apenas 5 indivíduos, os dados referentes a essa categoria podem não ser muito representativos. É interessante notar que as pessoas separadas obtiveram um resultado

muito semelhante com o de pessoas casadas ou com união estável. Talvez seja porque, ao contrário da maioria dos solteiros, os indivíduos separados dividem seu lar com filhos. Na amostra pesquisada, 94,3% das pessoas separadas tinham filhos, enquanto apenas 7,3% dos solteiros tinham filhos.

Tabela 4. Estado Civil e Quantidade de Filhos

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	Média PSS-10	Desvio Padrão
Estado civil		0,008		
Casado	25,5		17,39	6,804
Separado	25,7		15,34	7,554
Solteiro	42,4		20,13	7,623
União estável	25,6		17,47	7,268
Viúvo	-		15,60	4,93
Quantidade de filhos		0,001		
Um	33,3		17,96	6,881
Dois	23,5		16,99	6,760
Três ou mais	7,5		12,33	6,974
Não tem filhos	38,8		20,05	7,160

Fonte: Dados da pesquisa

Ao comparar o estresse de pessoas que têm filhos com quem não tem, os resultados apontam que pessoas sem filhos têm risco 56% maior de apresentar estresse alto ou muito alto ($p=,003$). Esse resultado é bem interessante, pois vai de encontro à ideia de que pessoas com filhos seriam mais estressadas. Possivelmente, ao menos em uma situação específica de isolamento, os benefícios da interação e do vínculo emocional superam as eventuais questões de maior demanda de tempo e atenção ou de carga de trabalho aumentada. Isso é reforçado pelo que foi falado acima sobre os voluntários solteiros terem apresentado mais estresse e em sua enorme maioria não terem filhos ainda.

Pode ser que pessoas com filhos tenham uma rede social mais forte e, mesmo que filhos possam trazer mais responsabilidade ou mais trabalho, o efeito emocional com o fortalecimento dessas relações pode ser um resultado positivo ainda assim. Isso é um achado digno de nota, pois contraria o pensamento de que estar isolado com filhos pode ser mais estressante. Mesmo que torne o trabalho remoto mais difícil, ou que o contexto da pandemia gere mais preocupação por sua família, o saldo final parece ser positivo.

É muito importante que pesquisas futuras explorem essa perspectiva, pois esse dado, se puder ser extrapolado, pode fazer muita diferença em situações de isolamento, inclusive em contextos profissionais. Talvez a escolha de investir no fortalecimento das relações entre os membros de uma equipe – como astronautas, pesquisadores prestes a fazer uma expedição polar ou militares em submarinos – seja extremamente benéfico para a redução do estresse entre essas pessoas durante o isolamento. Da mesma maneira, a qualidade das relações sociais pode exercer um impacto relevante na habilidade de enfrentamento de uma situação.

Entretanto, um outro detalhe interessante é que, ao cruzar o estado civil dos voluntários com a quantidade de moradores na casa, apenas 9,6% dos solteiros afirmaram que moravam sozinhos. Além disso, ao analisar quantidade de moradores em casa, viu-se que essa variável não mostrou muita diferença entre médias, medianas ou porcentagens de pessoas com alto estresse. Pessoas que relataram morar só tiveram escores semelhantes a pessoas que moram com mais 3 outras pessoas. Da mesma forma, a quantidade de pessoas que se perceberam com estresse elevado foi muito semelhante entre aqueles que moravam só (31,6%), com duas outras pessoas (31,7%) ou 5 pessoas (30%).

Tudo isso pode levar esta pesquisadora a considerar que ter filhos seria um fator de proteção para estresse que não é explicado meramente por ser uma companhia em um momento de isolamento. Talvez o vínculo com um filho e a questão emocional que isso evoca possa ter efeitos poderosos para os pais numa situação de enfrentamento de elementos estressores. Por outro lado, talvez pessoas com filhos simplesmente já tenham desenvolvido maiores habilidades em lidar com situações de estresse, pois estariam acostumadas a lidar com uma carga maior de demandas e possivelmente desenvolvam mais habilidades que as instrumentalizem para enfrentar situações estressantes de uma forma melhor que pessoas sem filhos.

Ao analisar quantidade de filhos, os dados também parecem apoiar o que foi encontrado nas categorias debatidas acima, onde quem tem filhos possui menos estresse que aqueles que não têm. A quantidade de pessoas que apresentaram estresse elevado foi inversamente proporcional à quantidade de filhos destes indivíduos, assim como as médias de pontuação da escala de estresse também mostraram essa tendência (Tabela 4). Maiores estudos nesse sentido são necessários para uma melhor análise dessas hipóteses.

4.2.2 ATIVIDADES, ESTUDO E TRABALHO

A grande maioria dos voluntários, 304 deles, afirmou ter assumido novas atividades e responsabilidades durante a pandemia. Destes, 22% dos que afirmaram assumir novas tarefas em nível moderado estavam com alto nível de estresse, enquanto 44,1% dos que afirmaram que assumiram muitas tarefas e se sentiam sobrecarregados apresentaram estresse alto. O subgrupo que apresentou melhor escore foi aquele que relatou que não houve mudanças significativas em sua rotina, apenas 11,8% exibiram estresse elevado.

O resultado mais interessante foi que 30,6% das pessoas que afirmaram estar com mais tempo livre apresentaram estresse alto ou muito alto ($p < 0,001$). Esse dado parece reforçar a ideia de que o estresse não está apenas relacionado à carga de trabalho. O ócio e outras variáveis pertinentes ao isolamento podem ser também elementos estressores. Muito tempo livre pode permitir maior contemplação de sua situação e do contexto mundial, assim como a falta de propósito pode gerar sofrimento. As pessoas que informaram estar com mais tempo livre também apresentaram uma noção de menor importância de suas atividades realizadas nesse período, quando comparadas aos outros subgrupos dessa categoria. Talvez uma mente orientada para a tarefa possa gerar mais motivação e senso de realização e agir como fator de proteção para estresse.

Haveria de ser considerada, ainda, alguma outra variável ligada ao maior tempo livre que talvez desempenhasse uma influência muito mais importante. Como o quesito carga de atividades já foi debatido anteriormente, uma outra possibilidade foi considerada: o temor de perder a fonte de renda, pois existiria a possibilidade de que as pessoas com mais tempo livre estivessem desempregadas ou com redução de trabalho por falta de oportunidades na crise. Todavia, após analisados esses dados, entendeu-se que não foi esse o caso. O subgrupo que alegou estar com mais tempo livre obteve um resultado quanto a temor de perder sua fonte de renda semelhante ao subgrupo que disse não ter tido mudanças nesse sentido ($p = 0,017$).

Como pode ser visto na Tabela 5, boa parte dos voluntários (297) acredita que as atividades que eles têm feito durante esse período são muito importantes e apenas 26,9% deles referiu estresse elevado (média 17,27; $dp = 7,1$). Os que acham que suas atividades têm algum valor tiveram prevalência de 36,8% de estresse (média 20,18; $dp = 7,0$) e aqueles que não veem muita importância em suas ações tiveram 65% deles com altos níveis de estresse (média 22,25;

dp=6,9). Isso pode levar a crer que o reconhecimento de seu trabalho como relevante pode ter uma associação com melhores níveis de estresse.

Tabela 5. Outros Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Social

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	Média PSS-10	Desvio Padrão
Atividade importante		0,003		
De jeito nenhum	14,3		16,14	11,408
Não muito	65,0		22,25	6,889
Muito importante	26,9		17,27	7,099
Um pouco importante	36,8		20,18	7,044
Espaço dedicado		0,032		
Divido com outras pessoas	40,9		20,26	7,316
Espaço individual multiuso	34,0		18,78	7,266
Tenho espaço dedicado	24,9		16,81	7,121

Fonte: Dados da pesquisa

Quem estava estudando em isolamento exibiu 50% mais risco de apresentar estresse ($p=0,013$), o que é ilustrado na Tabela 6. Uma possível explicação para esse resultado seria o contexto atual desse estudo. Devido à crise de saúde internacional, as aulas presenciais de inúmeras instituições de ensino foram suspensas e as aulas remotas ou o Ensino à Distância (EAD) foram alguns dos recursos utilizados para mitigar o problema¹⁰³. No entanto, essa modalidade de estudo exige uma adaptação a novas ferramentas, tecnologias e rotinas, somando-se ao conjunto de novos desafios impostos pela pandemia. Talvez essa adaptação gere uma carga maior de estresse para aqueles que estão estudando durante o isolamento. Ocorreu a esta pesquisadora, contudo, que talvez não fosse o estudo *per se*, mas o acúmulo de tarefas, somando outras atividades como cuidar da casa ou da família, que interferisse no nível de estresse. Para verificar essa possibilidade, analisou-se a quantidade de tarefas realizadas por cada voluntário.

Ao analisar a quantidade de atividades – como estudar, trabalhar, cuidar da casa, cuidar da família, dentre outras –, os voluntários tinham em média 3,8 ($dp=1,5$) atividades durante o isolamento. Essa média praticamente permaneceu inalterada ao separar os grupos com e sem estresse (respectivamente 3,79; $dp=1,5$ e 3,80; $dp=1,6$). Esse dado é reforçado pelo que foi encontrado ao avaliar o sintoma fadiga *versus* quantidade de atividades: A média de quantidade

de atividades foi bem parecida entre pessoas com fadiga e sem: 3,9 (dp=1,5) e 3,7(dp=1,6), respectivamente. Isso leva a pensar que talvez a fadiga também não tenha uma relação direta com carga de atividades. Esse e outros sintomas serão discutidos mais à frente no texto. Considerando tudo isso, a carga de atividades parece não exercer influência relevante para o nível de estresse percebido. Como já abordado, talvez seja a percepção da pessoa sobre sua situação, influenciada por outros fatores ainda indefinidos, e não a carga de trabalho *per si* que exerça pressão sobre o indivíduo.

Por outro lado, esses dados reforçam a interpretação inicial dada ao analisar a variável estudo: A forma de ensino remota talvez esteja gerando uma carga extra de estresse nos estudantes. Isso também poderia explicar a razão do que foi discutido antes sobre os mais jovens terem apresentado maior estresse que os mais velhos. Essa hipótese merece mais estudos futuros, para, dentre outras coisas, identificar se a questão seria simplesmente a necessidade de ajuste ao Ensino à Distância – um problema que seria superado após terminada a adaptação a essa nova modalidade – ou se o próprio aprendizado remoto, por suas características intrínsecas, geraria mais estresse nos estudantes. Maiores estudos futuros nesse assunto seriam de grande relevância, pois já é bem estabelecido na literatura^{19,66-73} o efeito negativo do estresse no aprendizado.

Tabela 6. Razão de Prevalência de Outras Associações Relevantes

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	RP	IC 95%
Estudo		0,013		
Sim	34,9		1,507	1,077-2,110
Não	23,2		1	-
Separação trabalho e descanso		0,003		
Sim	16,0		0,466	0,267-0,815
Não	34,3		1	-

Fonte: Dados da pesquisa

Um outro dado encontrado nesse tema foi que a escolaridade não parece ter muita relevância para o nível de estresse, pois a quantidade de pessoas que se perceberam com alto escore de estresse não pareceu variar de forma considerável a depender da escolaridade. As categorias tiveram uma amplitude total de variação entre 23,5% a 41% de estresse, variando do

valor mínimo ao máximo apenas 17,5 pontos percentuais. No entanto, ao se avaliar os subgrupos por suas médias de escore na escala de estresse, pode-se perceber um subgrupo se destacando dos demais: Enquanto todos os outros níveis de escolaridade apresentaram escores médios variando entre 16,82 (dp=8,4) e 18,97 (dp=8,4) – apenas 2,15 pontos –, as pessoas com graduação incompleta apresentaram média de escore 20,67 (dp=7,9). Essa leve elevação no nível do estresse percebido talvez possa ser justificada pela insegurança quanto à continuidade de seus estudos nesse momento, possibilidade também citada por outros investigadores do período de pandemia^{86,92}.

No Brasil, o contexto pandêmico levou as universidades e faculdades a suspenderem repentinamente suas aulas por um longo período, e as que posteriormente retomaram suas atividades de uma forma remota geraram uma necessidade de adaptação do estudante a um novo modelo de ensino¹⁰³. Esse esforço para se adaptar a uma nova situação talvez tenha contribuído para elevar seu nível de estresse. Mais uma vez, os dados parecem apontar para questões envolvendo o modelo de ensino EAD, que, sendo de adaptação temporária ou de características permanentes, merece um estudo aprofundado em pesquisas futuras.

Já quando foram analisados os indivíduos que trabalham, no que concerne ao tipo de vínculo profissional, alguns dados se destacaram. Os tipos de vínculo empregatício que apresentaram maiores níveis de estresse foram pessoas que não estão trabalhando (51,2% e média 21,42; dp=8,9) e estagiários (57,1% e média 21,71; dp=8,4). Isso se deu possivelmente por serem aqueles que estão mais economicamente vulneráveis no momento, sem estabilidade na manutenção de suas fontes de renda.

No outro extremo, o nível de estresse do aposentado foi o menor dentre as categorias de vínculo profissional (média de escore 15; dp=6,2 e prevalência de 8,6%), o que por um lado pode ser justificado pelo fato de não ter medo de perder o emprego, por outro é digno de nota o fato de que, de uma forma geral, aposentados estão numa faixa etária de risco para casos graves de COVID-19 e poderia ser esperado que estivessem mais estressados por essa razão, o que mais uma vez não foi o caso, sendo consistente com o que foi encontrado na análise da variável idade.

Outra categoria que mostrou índices de estresse baixos foi Empresário (15,6% e média 15,66; dp=6,4). Isso talvez possa ter relação com sua faixa de renda, pois a categoria empresário se destacou como tendo sua maior parcela dentre os voluntários que possuíam renda mensal acima de 20 salários mínimos.

Temer perder fonte de renda parece ser fator de risco para estresse. De quem afirmou temer perder sua fonte e renda, 40% estão com estresse alto (média 19,56; dp=7,3). Dos que afirmaram não ter temor de perder fonte de renda, apenas 17,2% apresentaram estresse (média 14,32; dp=6,7). Dos que responderam que não temem perder a sua fonte de renda especificamente, mas se preocupam com pessoas próximas, 30% dos pesquisados deste subgrupo mostraram altos índices de estresse percebido (média 19,03; dp=6,9). O risco de estresse dentre as pessoas que não temiam perder a sua fonte de renda ou a de alguém próximo foi 51% menor do que entre os pesquisados que temiam perdê-la ($p=0,001$).

No que concerne à renda, quem apresentou mais estresse foram as faixas intermediárias, de 1 a 4 e de 5 a 10 salários mínimos. Talvez isso possa ser explicado pelo fato de que pessoas na 1ª faixa de renda (até um salário mínimo) estejam recebendo auxílio do governo¹⁰⁴. Considerando as médias de escore, a disposição encontrada foi a mesma. Ainda que tenha sido detectada uma tendência, as porcentagens de pessoas com estresse por subcategoria não foram tão discrepantes na variável renda como foram em temer perder fonte de renda, o que leva a crer que, independentemente do valor da remuneração, o temor de perdê-la seria mais ansiogênico que o montante *per si*.

Considerando algumas características de organização do trabalho ou estudo em isolamento, duas variáveis foram consideradas relevantes nesse estudo: a existência ou não em casa de um espaço dedicado para o trabalho/estudo e se havia uma separação bem definida entre as horas de trabalho/estudo e as horas de descanso (Tabelas 5 e 6). Enquanto apenas 24,9% das pessoas que possuíam um espaço dedicado para o trabalho ou estudo em casa apresentaram altos níveis de estresse, a prevalência de estresse elevado foi de 34% dentre aqueles que usavam o mesmo espaço para várias atividades diferentes, mesmo ficando sozinhos nesse ambiente enquanto trabalhavam. Já dentre aqueles que precisavam dividir seu espaço com outras pessoas fazendo atividades diferentes enquanto eles trabalhavam ou estudavam, a quantidade de pessoas com estresse alto ou muito alto foi 40,9% (Tabela 5). As médias indicam o mesmo: respectivamente, 16,81 (dp=7,1); 18,78 (dp=7,3) e 20,26 (dp=7,3). Esses números indicam que tentar trabalhar dividindo o espaço com outras pessoas fazendo diferentes atividades – cenário comum de pessoas isoladas com suas famílias em casas de poucos cômodos – está associado a um maior estresse, o que poderia ser esperado.

Mais interessante, todavia, são os resultados que apontam para o fato de que, mesmo não dividindo o espaço com outras pessoas, se esse espaço não tem seu uso específico para o trabalho ou estudo, também está relacionado a índices maiores de estresse. O que foi encontrado

aqui está em consonância com os experimentos Tektite, que identificaram que salas multiuso estavam associadas a maior sofrimento psíquico entre aquanautas isolados^{6,105}.

No que tange à separação bem delimitada entre momentos de trabalho e de descanso, apenas 16% dos que possuem uma separação bem definida entre as horas de trabalho/estudo e de descanso apresentaram escore correspondente a estresse alto ou muito alto (média 14,12; $dp=7,1$). Já dentre os que relataram o oposto, 34,3% exibiram estresse elevado (média 18,89; $dp=7,2$), o que é mais que o dobro da porcentagem. Essa separação clara entre horas de trabalho e lazer atuou como fator de proteção, e as pessoas que a praticavam exibiram 53% menos risco de estresse elevado ($p=0,003$), como pode ser visto na Tabela 6. Mais uma vez, essa é uma variável relevante cuja mudança é muito mais possível que em diversas outras citadas nesse estudo.

A delimitação clara entre horas de trabalho e horas de descanso possivelmente exerce uma influência importante em quem está estudando e/ou trabalhando remotamente. Ao se arrumar para o espaço laboral, sair de casa e entrar em outro local destinado ao trabalho, a mente está se preparando para aquela atividade. Quando o trabalhador tem o costume de chegar em casa, tirar a roupa de trabalho, tomar banho e sentar em seu sofá, isso também pode ser um processo psicológico de se desligar mentalmente do trabalho e se preparar para relaxar.

Como os dados indicam, é importante que esses momentos existam separadamente. Entretanto, com a pandemia, inúmeras pessoas passaram de um dia para o outro a fazer trabalho remoto durante o período de isolamento, sem qualquer organização prévia. A “etiqueta” de trabalho remoto com seus combinados prévios não foi amplamente pré-estabelecida, incluindo em que momentos a pessoa estaria acessível ou não. Uma possível situação trazida por essa circunstância é o abuso do uso de *whatsapp* e outras tecnologias de mídias sociais, que acabam por inadvertidamente dificultar que o trabalhador separe as horas de trabalho das horas de lazer, pois permanece constantemente conectado – duplo sentido proposital – ao trabalho.

Outro fator analisado foi a existência de alguma estrutura de rotina e de variabilidade das atividades diárias. Aqui, o subgrupo que se destacou foi o de pessoas que não tinham rotina organizada e que não havia variação em seus dias, parecendo iguais. Destes, 54,9% relataram estresse alto ou muito alto, com escore médio de 21,73 ($dp=7,7$) pontos. A média dos grupos que mantinham rotina ou que tinham variação em seu dia a dia ficou entre 17,03 ($dp=7,5$) e 17,63 ($dp=6,7$). A estruturação de seus dias em programações habituais, uma rotina, que pode ser essencialmente a mesma ou ter alguma diferença diária, possivelmente contribui para a estruturação mental de seus afazeres. Foi detectada também uma diferença, ainda que em menor

grau, entre pessoas com rotinas iguais e as que mantinham rotinas com alguma variação a cada dia, 28,6% com média 17,03 ($dp=7,2$) e 26,1% com 17,63 ($dp=6,7$) de média, respectivamente.

4.2.3 PRÁTICAS EM ISOLAMENTO

A prática regular de atividade física também se mostrou potencialmente benéfica. De uma forma geral, a prevalência de estresse elevado não variou dentre as pessoas que estavam sedentárias, as que praticavam atividade física apenas de vez em quando ou as que consideravam a faxina da casa como a atividade física que faziam. O único subgrupo que diferiu um pouco mais em seus resultados foi o dos praticantes de atividade física regular. Nele, apenas 24,3% das pessoas se perceberam com estresse alto ou muito alto, enquanto os outros subgrupos variaram entre 32,5% e 33,8%. O mesmo pôde ser percebido analisando as médias de escores do PSS: os praticantes regulares de atividade física tiveram um média de escore 16,89 ($dp=6,8$), enquanto os demais tiveram uma média variando entre 18,28 ($dp=7,7$) e 18,86 ($dp=7,9$). Esse resultado reforça o que já foi relatado diversas vezes em pesquisas sobre os benefícios da atividade física para a saúde mental, incluindo trabalhos usando a PSS e associações encontradas nesse contexto de isolamento¹⁰⁶⁻¹⁰⁸. Vale ressaltar que, no presente estudo, a atividade física ocasional e/ou em formato de tarefa doméstica não teve efeito sobre os níveis de estresse. Apenas a atividade física regular impactou positivamente o resultado da Escala.

Mais uma questão analisada foi se a pessoa estava ou não fazendo psicoterapia (Tabela 7). De acordo com as respostas, quem está em psicoterapia tem duas vezes mais risco de estar com estresse ($p<0,001$). Vale pontuar que, ainda que psicoterapia e estresse estejam claramente relacionados, a existência de uma associação não define relação causal entre as variáveis. Aqui, seria preciso analisar quem veio primeiro. Talvez uma parte considerável das pessoas que apresentem maior estresse tenha buscado um profissional qualificado de psicologia para ajudá-los; nesse caso, a procura por psicoterapia seria um indicativo de estresse (sinal), não sua causa.

Outro exemplo de variável que pode ser um indicativo de estresse patológico é o uso de substâncias. Nesse estudo, foi detectado que usuários regulares de medicamentos para dormir durante o isolamento mostraram 92,4% mais risco de apresentar estresse ($p=0,001$). Esses dados talvez indiquem que aqueles que sentiram necessidade de usar esse tipo de medicamento estavam apresentando quadro de ansiedade. Outra possibilidade é que dificuldade para dormir, assim como pode ser sintoma de estresse, também pode agravá-lo.

Tabela 7. Razão de Prevalência de Psicoterapia e Uso de Medicamentos para Dormir

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	RP	IC 95%
Psicoterapia		<0,001		
Sim	57,7		2,182	1,631-2,920
Não	26,4		1	-
Uso de med. para dormir		0,001		
Sim	54,3		1,924	1,362-2,717
Não	28,2		1	-

Fonte: Dados da pesquisa

Pessoas com alteração do apetite têm duas vezes mais risco de estar com estresse ($p < 0,001$). Esse é um dos vários sintomas tipicamente associados ao estresse^{19,28-32}. Dentre as pessoas que afirmaram ter alterações de apetite, 65,2% delas estão comendo mais que o habitual; 28,7% informaram diminuição da qualidade da alimentação consumida durante esse período e apenas 16,5% falaram de melhora na qualidade de sua alimentação. Esses números tiveram uma tendência oposta em pessoas que não relataram alterações de apetite: 37,2% referiram melhora na qualidade da sua alimentação e apenas 10,5% citaram piora.

A qualidade da alimentação parece ser ligada ao nível de estresse percebido ($p < 0,001$). Quando analisados os 400 voluntários como um todo, apenas 20,8% das pessoas que afirmaram que a qualidade de sua alimentação melhorou apresentaram estresse elevado. Dentre os que afirmaram que a qualidade alimentar piorou durante esse período, 49,2% obtiveram escores de estresse altos enquanto aqueles que relataram não ter tido alteração alimentar tiveram uma prevalência de 30,5% (Tabela 8). Uma alteração na quantidade de alimento consumido parece se relacionar com níveis mais elevados de estresse com prevalência de 43,8% ($p < 0,001$). Curiosamente, a prevalência foi a mesma para o aumento ou para a diminuição da quantidade. Pessoas que disseram não terem alteração na quantidade de comida apresentaram níveis menores de estresse, com prevalência de 20,1% de estresse alto ou muito alto.

Tabela 8. Alimentação e Estresse

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	Média PSS-10	Desvio Padrão
Qualidade da alimentação		<0,001		
Melhorou	20,8		16,27	6,680
Piorou	49,2		22,86	6,734
Não alterou	30,7		17,67	7,221
Quantidade de alimentação		<0,001		
Aumentou	43,8		20,40	6,656
Diminuiu	43,8		21,25	7,837
Não alterou	20,1		16,08	7,025

Fonte: Dados da pesquisa

Embora a quantidade de interações sexuais não pareça influenciar o nível de estresse dos indivíduos, a qualidade dessas interações pode ter alguma relação com nível de estresse. A prevalência de estresse elevado dentre quem relatou uma melhora na qualidade das interações foi de 28,1%, enquanto dentre os que relataram piora da qualidade desses momentos, a prevalência foi de 42,9%. Esses resultados geram o questionamento clássico sobre relação causal: Pessoas mais estressadas têm uma piora na qualidade de sua Vida sexual ou essa piora gera estresse? Esse estudo não visa tentar responder a essa questão; no entanto, é interessante notar que a qualidade das interações parece ter alguma relação com a sua frequência, mas não é uma relação tão direta como alguns poderiam esperar. Daqueles que relataram uma maior frequência, 44% também tiveram melhor qualidade nas interações sexuais. Dentre os que referiram diminuição da frequência, apenas 21,6% disseram ter tido uma piora na qualidade dessas interações.

4.2.4 ATITUDES FRENTE AO ISOLAMENTO

Ao verificar os resultados relacionados ao tipo de isolamento, interessantemente, a quantidade de pessoas com alto nível de estresse não variou muito considerando o nível de isolamento que estava sendo praticado. Dentre as pessoas que saíam de casa apenas para coisas essenciais como mercado, 31,6% estavam muito estressadas (score médio 18,25; dp=7,3). A porcentagem foi de 29,8% para aqueles que não saíam de casa para absolutamente nada (média

17,83; $dp=7,7$). De uma parcela menor da amostra que afirmou sair de casa para trabalhar regularmente, mas não fazendo reuniões sociais, 26,3% tinham alto nível de estresse (escore médio 17,31; $dp=6,8$). Isso talvez aponte para o fato de que o cerne principal do isolamento não seja o confinamento físico, a falta de variação de estímulos ou outras questões do gênero, mas sim a limitada interação social.

A análise do tempo de isolamento dos voluntários também trouxe algumas elucubrações válidas. A maior parcela da amostra estava isolada há 6 meses, a maioria da amostra (63,25%) estava isolada há 5 ou 6 meses quando responderam ao questionário e à Escala de Estresse Percebido. Os demais tiveram seu período de isolamento variando de 2 meses até mais de 7 meses. A prevalência de altos níveis de estresse aparentou ter uma tendência a crescer com a quantidade de meses de isolamento, atingindo seu pico no 4º mês e depois ir progressivamente diminuindo com o passar dos meses seguintes de isolamento. O mesmo foi detectado nas médias de escore do PSS-10 (Tabela 9 - Tempo de Isolamento e Estresse). A única exceção a essa tendência foram os indivíduos que responderam estar isolados há mais de 7 meses; no entanto, como esse subgrupo em específico teve um N bem reduzido – apenas 5 pessoas –, possivelmente esse dado não seja muito digno de nota. Esse resultado pode talvez ser explicado pelos achados de Palinkas⁷ em estudo sobre expedições polares, que identificou que, após um período de crescente ansiedade e diversos outros sintomas, havia uma fase subsequente de superação e crescimento.

Tabela 9. Tempo de Isolamento e Estresse

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	Média PSS-10	Desvio Padrão
Meses de Isolamento			
2	20,8	15,79	7,751
3	25,9	17,85	5,524
4	43,1	19,04	7,723
5	33,0	18,70	7,570
6	27,8	17,73	6,876
7	25,6	17,33	8,486
Mais de 7	40,0	20,80	4,817

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando a categoria sentimentos durante esse período, dentre as pessoas que acreditam que estão lidando de forma equilibrada com os desafios colocados pela pandemia, apenas 7,7% apresentaram níveis elevados de estresse (média 13,88; dp=5,8). A prevalência de estresse elevado entre os que têm se sentido mais ansiosos após o início da pandemia foi 47,8% (média 21,29; dp=5,5), já aqueles que se percebiam com sentimentos de tristeza ou desânimo tiveram prevalência de 61,6% (média 23,78; dp=5,6). Quem mencionou se sentir mais assustado e com medo durante esse período teve prevalência de estresse semelhante: 60,7% (média 23,29; dp=7,5).

Ao verificar as médias de quantidades de ação de prevenção *versus* impulsividade, verificou-se que essas médias foram muito semelhantes entre as pessoas que relataram ou não a presença de impulsividade (4,71; dp=1,3 e 4,77; dp=1,4). Também não foi observada uma discrepância grande entre pessoas com ou sem estresse quanto à média de quantidade de ações de prevenção (respectivamente, 4,66; dp=1,2 e 4,81; dp=1,5). Esses achados vão de encontro a autores^{6,10} que relataram uma tendência ao comportamento imprudente após um período longo de isolamento. Entretanto, essa variável investiga apenas as ações de prevenção que estavam sendo efetuadas naquele momento, sem avaliar a mudança desse comportamento ao longo do tempo de isolamento.

Ao serem perguntados sobre seus comportamentos de prevenção ao longo do período de pandemia, o subgrupo que apresentou um engajamento frente à prevenção que diminuiu com o passar do tempo foi justamente o que teve maior índice de estresse (46,4% e média 20,7; dp=7,1), quando comparados àqueles que declararam que praticam a prevenção o máximo possível desde o início da pandemia (26,5% e 17,3; dp=7,1) e às pessoas que desde o início tomavam alguns cuidados, mas não todos ou o tempo todo (28% e 18,1; dp=7,6). Isso é coerente com os dados da pesquisa, citada acima, com astronautas e ações de impulsividade, em que eles se tornaram mais incautos depois de um tempo considerável estando isolados.

Um outro aspecto avaliado, considerando o modelo de estresse utilizado nesse estudo, foi se as pessoas enxergam esse momento de crise como um desafio a ser superado, uma ameaça perigosa ou algo que está sendo muito danoso. A percepção de uma situação como *ameaça*, *dano* ou *desafio* modifica como o indivíduo reage a ela e como o mecanismo de estresse se desenvolve⁴⁰⁻⁴². Na amostra investigada, 30,1% visualizam como *dano* e, deles, 39,2% estão com níveis elevados de estresse (média 19,64; dp=7,2). *Desafio* foi o conteúdo de 57,1% das respostas e, nessa parcela da amostra, 25,4% deles estavam com estresse elevado (média 17,12; dp=7,2). 12,8% das pessoas entendem a situação como uma *ameaça* e 33,3% deles obtiveram

estresse alto ou muito alto na Escala (média 18,43; dp=7,5). Os melhores índices de estresse foram entre aqueles que perceberam a situação como *desafio* e, portanto, algo a ser superado. Já os piores índices de estresse estavam entre as pessoas que percebem a situação estressora como *dano*, portanto algo já estabelecido (Tabela 10). É possível que exista um sentimento de impotência associado a essa última visão da circunstância, o que é bem diferente do outro extremo, em que pode haver uma noção implícita de que um desafio, mesmo difícil, pode ser superado, ou seja, há algo que se pode fazer sobre o assunto.

Tabela 10. Interpretação da Situação e Estresse

Variáveis	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	Média PSS-10	Desvio Padrão
Opinião sobre a crise		0,027		
Dano	39,2		19,64	7,166
Desafio	25,4		17,12	7,214
Ameaça	33,3		18,43	7,479

Fonte: Dados da pesquisa

Essa relação entre o sentimento de impotência e estresse também pôde ser observada em outro momento da investigação. As pessoas que relataram acreditar que estavam fazendo a sua parte nessa crise obtiveram resultados melhores no PSS, com média 17,45 (dp=7,3) e prevalência de estresse alto ou muito alto de 28%. As que acreditam que não há nada que elas possam fazer frente à pandemia obtiveram média 20,26 (dp=8,6) e prevalência 42,1%. Estes dados sugerem que pessoas que se sentem à margem da situação ou apenas vítimas do problema, incapazes de fazer alguma diferença na situação, têm níveis de estresse mais elevados. Por outro lado, a sensação de ser parte de um grupo que coletivamente está lutando contra a pandemia parece ter um efeito de empoderamento que seria protetor para a saúde mental.

4.2.5 SINTOMAS APRESENTADOS

Diferentes autores mencionam muitos sintomas detectados em situações de isolamento⁶⁻
⁹. Diversos autores também descrevem múltiplos sintomas relacionados a um quadro de estresse^{19,28-32}. Vários deles aparecem tanto no estresse quanto no isolamento. Ao serem

questionados sobre isso, os voluntários da pesquisa mencionaram diversos deles, muitos dos quais mostraram forte associação com estresse (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11. Sintomas Comportamentais Apresentados

Variáveis	Nº de pessoas da amostra	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	RP	IC 95%
Ansiedade			<0,001		
Sim	235	44,7		4,337	2,705-6,954
Não	148	10,3		1	-
Irritabilidade			<0,001		
Sim	224	46,4		4,540	2,867-7,189
Não	176	10,2		1	-
Falta de motivação			<0,001		
Sim	194	49,5		3,921	2,664-5,770
Não	206	12,6		1	-
Tédio			<0,001		
Sim	183	41,0		1,892	1,392-2,572
Não	217	21,7		1	-
Tristeza			<0,001		
Sim	150	56,0		3,684	2,661-5,101
Não	212	15,2		1	-
Frustração			<0,001		
Sim	148	56,1		3,624	2,627-4,999
Não	252	15,5		1	-
Insatisfação			<0,001		
Sim	102	52,9		2,320	1,758-3,062
Não	298	22,8		1	-
Desinteresse			<0,001		
Sim	87	62,1		2,857	2,188-3,731
Não	313	21,7		1	-
Impulsividade			<0,001		
Sim	85	57,6		2,488	1,896-3,263
Não	315	23,2		1	-
Aumento de brigas			<0,001		
Sim	85	55,3		2,322	1,764-3,057
Não	315	23,8		1	-
Hostilidade			<0,001		
Sim	56	62,5		2,471	1,882-3,245
Não	344	25,3		1	-

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 12. Outros Sintomas Apresentados

Variáveis	Nº de pessoas da amostra	Prevalência de estresse elevado (%)	p-valor	RP	IC 95%
Alteração do sono			<0,001		
Sim	229	40,6		2,395	1,659-3,456
Não	171	17,0		1	-
Dif. de concentração			<0,001		
Sim	160	50,6		2,963	2,156-4,073
Não	240	17,1		1	-
Dor de cabeça			<0,001		
Sim	154	48,1		2,493	1,820-3,332
Não	246	19,5		1	-
Desconforto			<0,001		
Sim	152	44,1		1,988	1,481-2,667
Não	248	22,2		1	-
Fadiga			<0,001		
Sim	146	49,3		2,505	1,860-3,375
Não	254	19,7		1	-
Alteração de apetite			<0,001		
Sim	115	49,6		2,173	1,639-2,882
Não	285	22,8		1	-
Queda de cabelo			<0,001		
Sim	95	52,6		2,230	1,689-2,943
Não	305	23,6		1	-
Indigestão, azia ou gastrite			<0,001		
Sim	78	46,2		1,728	1,280-2,333
Não	322	26,7		1	-
Taquicardia			0,004		
Sim	55	47,3		1,699	1,225-2,335
Não	345	27,8		1	-

Fonte: Dados da pesquisa

Uma outra coisa a se destacar é o número elevado de pessoas que apresentaram alguns desses sintomas, como alterações do sono, dores de cabeça, dificuldade de concentração, falta de motivação, irritabilidade, tristeza e ansiedade. Irritabilidade, em especial, além de muito

característico de estresse, foi amplamente descrito na literatura em pessoas em situação de isolamento⁶⁻⁹. Neste estudo, mais da metade da amostra apresentou irritabilidade. Das pessoas que não relataram esse sintoma, 89,8% não apresentaram quadro de estresse. Já aqueles que reportaram irritabilidade apresentaram 4,5 vezes mais risco de ter estresse ($p < 0,001$).

Outro aspecto muito citado na literatura sobre pessoas em situação de isolamento⁶⁻⁹, a impulsividade é uma das questões que pode gerar sérios problemas secundários a ela, como a diminuição dos cuidados de prevenção. Isso já foi abordado anteriormente, mas vale mencionar que, nas pessoas que relataram impulsividade, o estresse foi percebido numa frequência aproximadamente 2,5 vezes maior ($p < 0,001$). Esse foi o mesmo resultado encontrado para hostilidade ($p < 0,001$), um sentimento que possui estreita relação com irritabilidade e impulsividade.

Quem reportou sentimento de frustração apresentou 3,6 vezes mais risco de se perceber estressado ($p < 0,001$). O fator frustração é interessante avaliar, pois o PSS usa muito a questão da percepção do indivíduo sobre sua própria situação e quanto a seu controle sobre ela. A frustração pode estar muito associada a isso. Se alguém se sente lidando com coisas as quais não pode controlar, ou não se percebe capaz de dar conta das situações que lhe estão sendo impostas, isso pode gerar muita frustração, o que remete ao que foi discutido mais cedo sobre sentimento de impotência frente à crise. Outra questão que pode ter relação com isso é a falta de motivação. Quem relatou desmotivação demonstrou aproximadamente 4 vezes mais risco para estresse.

Outros diversos sintomas foram citados e alguns se destacaram pela forte relação com estresse e pela frequência com que foram mencionados. 40% da amostra apresentou queixa de dificuldade de concentração ou esquecimento e teve praticamente 3 vezes mais risco de apresentar alto nível de estresse. A tristeza, um dos principais sintomas descritos na literatura sobre isolamento⁶⁻⁹, aumentou em 3,7 vezes o risco de ter estresse. Quem referiu desinteresse apresentou quase 3 vezes mais estresse elevado.

Aqueles que relataram fadiga se mostraram com risco 2,5 vezes maior de se verem com estresse elevado. Dos que não relataram fadiga, pouco mais de 80% não se perceberam com alto estresse. Isso talvez pudesse se relacionar com a alta carga de atividades, como estudo e trabalho, mas outras análises já debatidas aqui desencorajam essa interpretação. Como mencionado antes, o estresse tem uma relação mais direta com como a situação é percebida pelo indivíduo do que com a carga efetiva^{23,24,40-42}. Assim sendo, a quantidade de atividades pode ser a mesma, mas talvez a diferença maior seja em como as pessoas veem essa carga. As

mesmas atividades podem exercer diferentes efeitos, incluindo uma pressão diferente, a depender de outros fatores específicos no contexto de cada pessoa, alguns já discutidos nesse estudo.

Um último sintoma a ser abordado é um dos mais importantes: a ansiedade. Sintoma mais frequentemente mencionado, 58,75% dos voluntários apontaram sensações de ansiedade e, desses, 44,7% se mostraram com índice elevado de estresse. Pessoas que apresentaram ansiedade obtiveram 4,3 vezes mais risco de ter altos níveis de estresse. Dos que apresentaram índice de estresse dentro da curva normal considerada, 89,7% relataram não estarem experienciando ansiedade. Vale lembrar que o estresse é um transtorno de ansiedade, pelo modelo psicológico utilizado nesse estudo^{30,40,60}. Também vale mencionar o aspecto neurobiológico do estresse que, através da ativação da amígdala e dos eixos simpático-adrenal-medular (SAM) e hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA)²⁵, deixa o corpo em prontidão para a reação. Mas, no contexto em que os voluntários se encontravam, de um isolamento compulsório para combater um inimigo invisível e sobre o qual não se tem controle algum, essa ativação perde a maior parte de sua utilidade e acaba talvez se tornando mais ansiogênica. Afinal, não tendo muitas ações concretas de combate para onde direcionar essa energia, o indivíduo passa a experimentar o *distress*, que não o ajuda a resolver uma situação alarmante, mas apenas gera sintomas físicos e psicológicos. Esse sofrimento gerado, devido à impotência com a qual muitas pessoas podem se deparar nessa situação, talvez suscite alguns comportamentos de fuga perigosos.

Um deles, o de imprudência, já foi abordado aqui. Esse comportamento, no contexto atual, oferece um perigo alarmante, pois a falta de atenção com as medidas de proteção, como lavar as mãos adequadamente e higienizar os produtos comprados, pode colocar a Vida da pessoa em risco. Outro notório mecanismo de fuga é a negação. Frente a uma situação extremamente ansiogênica e sobre a qual se tem muito pouco controle, para evitar o sofrimento psíquico envolvido, muitas pessoas podem não acreditar na veracidade dos fatos impostos a elas. Assim sendo, ignoram as medidas de segurança e não praticam adequadamente as medidas de proteção necessárias, como o uso de máscaras. Esse comportamento em meio a uma pandemia é preocupante, pois pode gerar consequências epidemiológicas devastadoras.

Devido à natureza dessa pesquisa, esses dois comportamentos, no entanto, não puderam ser muito observados, pois provavelmente as pessoas que o praticam não foram contempladas aqui. Ao analisar a quantidade de ações de prevenção praticadas, a grande maioria da amostra está atenta aos cuidados preventivos durante a pandemia. Isso seria esperado, considerando que

a pesquisa foi voltada para pessoas em isolamento, portanto possivelmente excluindo da amostra aqueles com comportamentos de fuga mais veementes, citados acima. Pessoas em negação do problema ou com comportamentos de imprudência provavelmente não estão praticando distanciamento social. Como esse estudo foi feito com pessoas que estavam em isolamento, é possível que não tenhamos pessoas na amostra que representem esse outro grupo.

5. CONCLUSÃO

Essa pesquisa observou que, de maneira geral, a amostra estudada apresentou níveis mais elevados de estresse. Ela também identificou alguns fatores associados ao estresse percebido em isolamento no contexto de pandemia de COVID-19, como faixa etária, região onde mora, gênero, estado civil, vínculo profissional e possuir uma crença. Dentre eles, foram destacados tempo de isolamento, ter filhos, estudo remoto, entender suas ações como relevantes, ter uma separação bem definida entre horários de trabalho/estudo e de descanso, a existência de um espaço dedicado para o trabalho e ter uma estrutura de rotina organizada. Um fator digno de nota que não se mostrou associado ao estresse foi quantidade de atividades e carga de trabalho.

No contexto de pandemia, muitas coisas estão fora do controle dos sujeitos inseridos nessa realidade. Neste estudo, inúmeras variáveis estão sendo associadas ao estresse em isolamento, mas muitas delas estão fora do controle dos indivíduos nesse momento, como gênero, idade ou estado civil. No entanto, alguns outros achados mais específicos – como rotina, espaço dedicado e separação de horas de trabalho e lazer – são muito relevantes, pois são elementos que podem interferir na saúde psíquica das pessoas em isolamento e que, com algumas simples alterações, podem ter um efeito positivo de melhora do estresse. Descobrir e divulgar essas pequenas mudanças que podem fazer diferença para a saúde mental das pessoas é o principal propósito desse estudo.

Como limitações deste trabalho, ressalta-se que esta pesquisa não investigou duas importantes faixas etárias: As crianças e os adolescentes. Considerando os questionamentos feitos relativos à variável estudo, seria muito interessante que futuras pesquisas também analisassem esses grupos em idade escolar. Levando-se em conta os dados encontrados sobre os possíveis benefícios do vínculo afetivo com os filhos, uma outra abordagem a ser feita com esse grupo seria quanto ao vínculo afetivo com os pais e se essa relação teria efeitos semelhantes tanto para os pais quanto para os filhos.

É importante comentar que 68% da amostra informou que o isolamento em casa não era absoluto, pois essas pessoas saíam de casa, ainda que só para coisas essenciais, como fazer mercado. Assim sendo, os dados desse estudo não envolveram apenas pessoas em completo confinamento. No entanto, há de se reforçar que a pesquisa não objetivou estudar o confinamento, mas o isolamento. E, mesmo eventualmente saindo do espaço físico de casa por

necessidade, a privação de contato social se manteve. Isso, na verdade, pode até fortalecer os resultados dessa pesquisa, pois os dados encontrados envolveram pessoas em isolamento social, não necessariamente em confinamento. Ou seja, todas as questões relacionadas ao isolamento que aqui foram debatidas não podem ser explicadas apenas por uma questão de restrição de espaço físico, mas provavelmente pela restrição na socialização. Pesquisas futuras acerca do assunto podem explorar ainda mais essa ilação: O ser humano é, acima de tudo, um ser social.

Esta foi uma pesquisa exploratória e, por sua natureza ampla, observou múltiplas variáveis em uma amostra considerada bastante heterogênea. Esse estudo envolveu, assim como é encontrado regularmente na Vida, uma situação multifatorial. Embora não sendo possível isolar variáveis específicas para estudá-las a fundo, o presente trabalho levantou diversas possibilidades que merecem ser investigadas com maior profundidade no futuro. Perceber possíveis relações entre fatores que inicialmente parecem sem ligação entre si e criar novos questionamentos sobre o funcionamento da realidade é essencialmente o trabalho mais fundamental da ciência. É a partir dessas ideias iniciais que estudos futuros desenvolvem teorias e finalmente comprovam fatos antes desconhecidos. Essa pesquisa não teve a pretensão de chegar a conclusões definitivas, mas a autora entende o valor para a ciência de se levantar questionamentos. Espera-se modestamente que trazer aqui este debate instigue outros estudos futuros sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. Borges do Nascimento IJ, Cacic N, Abdulazeem HM, von Groote TC, Jayarajah U, Weerasekara I, et al. Novel coronavirus infection (COVID-19) in humans: a scoping review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2020;9(4).
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-33.
3. Park M, Cook AR, Lim JT, Sun Y, Dickens BL. A systematic review of COVID-19 epidemiology based on current evidence. *J Clin Med.* 2020;9(4).
4. Chatterjee P, Nagi N, Agarwal A, Das B, Banerjee S, Sarkar S, et al. The 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a review of the current evidence. *Indian J Med Res.* 2020.
5. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet.* 2020.
6. Collins D L. Psychological issues relevant to astronaut selection for long-duration space flight: a review of the literature. *J of Human Performance in Extreme Environments.* 2003;7(1).
7. Palinkas LA, Suedfeld P. Psychological effects of polar expeditions. *Lancet.* 2008;371(9607):153-163.
8. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J of Hosp Infection.* 2020;76(6):97-102.
9. Pagel JI, Choukèr A. Effects of isolation and confinement on humans-implications for manned space explorations. *J of Applied Physiol.* 2016;120(12):1449-1457.
10. Malcolm M, et al. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Ver.* 2019;8:48.
11. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middleaged men and women. *Psychoneuroendocrinology.* 2004;29(5):593-611.
12. Pressman SD, Cohen S, Miller GE, Barkin A, Rabin BS, Treanor JJ. Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychol.* 2005;24(3):297.

13. Ahmad M, Hachemi Y, Paxian K, Mengele F, Koenen M, Tuckermann J. A jack of all trades: impact of glucocorticoids on cellular cross-talk in osteoimmunology. *Front. Immunol.* 2009;10:2460.
14. Achenbach, J. Coronavirus is harming the mental health of tens of millions of people in U.S., new poll finds. *Washington Post*, 2 Apr. 2020. [acesso em 4 jun 2020]. Disponível em: <https://link-gale.ez10.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A619251547/AONE?u=capex&sid=AONE&xid=e2c3db06>.
15. Khandelwal S, Bhatia A, Mishra AK. Psychological health in the summer team of an Indian expedition to Antarctica. *J Mental Health Hum Behav.* 2015;20:65-70.
16. Salas E, Tannenbaum SI, Kozlowski SWJ, Miller CA, Mathieu JE, Vessey WB. Teams in space exploration: a new frontier for the science of team effectiveness. *Current Directions in Psychological Science.* 2015;24(3):200-207.
17. Landon LB, Douglas GL, Downs ME, Greene MR, Whitmire AM, Zwart SR, et al. The behavioral biology of teams: multidisciplinary contributions to social dynamics in isolated, confined, and extreme environments. *Front. Psychol.* 2019;10:2571. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02571
18. Yuan M, Custaud M-A, Xu Z, Wang J, Yuan M, Tafforin C, et al. Multi-system adaptation to confinement during the 180-day controlled ecological life support system (CELSS) experiment. *Front. Physiol.* 2019;10(575).
19. Yiallouris A, Tsioutis C, Agapidaki E, Zafeiri M, Agouridis AP, Ntourakis D, et al. Adrenal aging and its implications on stress responsiveness in humans. *Front. Endocrinol.* 2019;10:54. doi: 10.3389/fendo.2019.00054
20. Ahmed A, Schmidt C, Brunner T. Extra-adrenal glucocorticoid synthesis in the intestinal mucosa: between immune homeostasis and immune escape. *Front. Immunol.* 2019;10:1438.
21. Fernández RDV, Díaz A, Bongiovanni B, Gallucci G, Bértola D, Gardeñez W, et al. Evidence for a more disrupted immune-endocrine relation and cortisol immunologic influences in the context of tuberculosis and type 2 diabetes comorbidity. *Front. Endocrinol.* 2020;11:126.
22. Selye H. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA, 1959 apud Abreu KL, et al. Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília. 2002;22(2):22-29.
23. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Rev of Psychol.* 1993;44:1-21. doi:org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
24. Abreu KL, et al. Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília. 2002;22(2):22-29.
25. Cruz-Topete D, Cidlowski JA. One hormone, two actions: anti- and proinflammatory effects of glucocorticoids. *Neuroimmunomodulation.* 2015;22:20-32.

26. Vandewalle J, Luypaert A, Bosscher KD, Libert C. Therapeutic mechanisms of glucocorticoids. *Trends Endocrinol Metab.* 2018;29:42-54.
27. Becker DE. Basic and clinical pharmacology of glucocorticosteroids. *Anaesthesia Prog.* 2013;60:25-32.
28. Ballone GJ. Curso sobre estresse, revisto em 2015 [acesso em 28 de maio de 2020]. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>
29. Bridi VL. Organização do trabalho e psicopatologia: um estudo de caso envolvendo o trabalho em telefonia. Florianópolis, 1997 [acesso em 2 de maio de 2019]. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/disserta97/bridi/#R>>
30. Sá SMG, Shayer BPM. Estresse e enfrentamento. In: Shayer BPM (Org). *Psicologia da reabilitação*. Salvador: HAL Sarah Salvador; 1997.
31. Monteiro CFS, et al. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2007;11(1):66-72.
32. Sapolsky R. Assumindo o controle do estresse. *Revista Scientific American Brasil.* out 2003;2(17):79-87 apud Monteiro CFS, et al. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2007;11(1):66-72.
33. Moreira MS. A síndrome do stress. *Jornal Brasileiro de Medicina.* abr. 1985;48(4):19-32 apud Sá SMG, Shayer BPM. Estresse e enfrentamento. In: Shayer BPM. (Org). *Psicologia da reabilitação*. Salvador: HAL Sarah Salvador; 1997.
34. Dohrenwend BS. Life events as stressors: a methodological inquiry. *J of Health and Soc Behav.* 1973;14:167-175. doi:org/10.2307/2137066
35. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research.* 1967;11:231-218. doi:org/10.1016/0022-3999(67)90010-4
36. Faro A, Pereira ME. Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2013a;14:78-100.
37. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J of Health and Soc Behav.* 1983;24:385-396. doi:org/10.2307/2136404
38. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984a.
39. DeLongis A, Folkman S, Lazarus RS. The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *J of Personality and Soc Psychol.* 1988;54:486-495. doi:org/10.1037/0022-3514.54.3.486

40. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivo. Barcelona: Martinez Roca, 1984b apud Figueroa NL, et al. Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 2001;14(3):653-659.
41. Seegers G, Van Elderen T. Examining a model of stress reactions of bank directors. *European J of Psychological Assessment*. 1996;12(3):212-223 apud Figueroa NL, et al. Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 2001;14(3):653-659.
42. Figueroa NL, et al. Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 2001;14(3):653-659.
43. Lazarus RS, Folkman L. *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer; 1984c.
44. Goldman N, Gleib DA, Seplaki C, Liu IW, Weinstein M. Perceived stress and physiological dysregulation in older adults. *Stress*. 2005;8(2):95-105.
45. Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. In: Monat A, Lazarus RS, Reevy G. (Eds.). *The praeger handbook on stress and coping* (33-52). London: Praeger; 2007.
46. Faro A, Pereira ME. Medidas do estresse: uma revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2013b;14:101-124.
47. Eck MV, Berkhof H, Nicolson N, Sulo J. The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic Med*. 1996;58:447-458.
48. Luft C, Sanches S, Mazo G, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2007 [citado em 03 jun 2020];41(4):606-615. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>.
49. McGregor BA, Antoni MH, Ceballos R, Blomberg BB. Short communication: very low CD19+ B-lymphocyte percentage is associated with high levels of academic stress among healthy graduate students. *Stress and Health*. 2008;24:413-418. doi:org/10.1002/smi.1188
50. Otte C, McCaffery J, Ali S, Whooley MA. Association of a serotonin transporter polymorphism (5-httlpr) with depression, perceived stress, and norepinephrine in patients with coronary disease: the heart and soul study. *Am J of Psychiatry*. 2007;164:1379-1384. doi:org/10.1176/appi.ajp.2007.06101617
51. Burns VE, Drayson M, Ring C, Carroll D. Perceived stress and psychological well-being are associated with antibody status after meningitis C conjugate vaccination. *Psychosomatic Med*. 2002;64: 963-970. doi:org/10.1097/ 01.PSY.0000038936.67401.28
52. Remor E, Penedo FJ, Shen BJ, Schneiderman N. Perceived stress is associated with CD4 cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care*. 2007;19:215-219. doi:org/10.1080/09540120600645570

53. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *The New England J of Med.* 1991;325:606-612. doi:org/10.1056/NEJM199108293250903
54. Takkouche B, Regueira C, Gestal-Otero JJ. A cohort study of stress and the common cold. *Epidemiology.* 2001;11:345-349. doi:org/10.1097/00001648-200105000-00015
55. Dancey CP, Reidy J. *Statistics without maths for psychology: using SPSS for Windows.* 3. ed. London: Prentice Hall; 2005.
56. Streiner DL. Breaking up is hard to do: the heartbreak of dichotomizing continuous data. *Can J Psychiatry.* 2002;47(3):262-6.
57. Faro A, Pereira ME. Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: Revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia (UFRJ. 2003).* 2012;64:1-1.
58. Taylor SE. Health. In: Fiske ST, Gilbert DT, Lindzey G (Orgs.). *Handbook of social psychology.* (698-723). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2010.
59. Santos AF. Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA). 2010. 318pp. Tese de Doutorado não publicada.
60. Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10.* 10. ed. São Paulo: Edusp; 2017:1200.
61. World Health Organization. *ICD-11 International classification of diseases 11th revision.* [acesso em 4 jun 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
62. Cohen S, Janick-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *J of the American Medical Association.* 2007;298:1685-1687. doi:org/10.1001/jama.298.14.1685
63. Marsland AL, Bachen EA, Cohen S, Rabin B, Manuck SB. Stress, immune reactivity and susceptibility to infectious disease. *Physiology & Behavior.* 2002; 77:711-716. doi:org/10.1016/S0031-9384(02)00923-X
64. Cohen S, Miller GE, Rabin BS. Psychological stress and antibody response to immunization: a critical review of the human literature. *Psychosomatic Med.* 2001;63:7-18.
65. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Gravenstein S, Malarkey WB, Sheridan J. Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Med Sci.* 1996;93:3043-3047.
66. Souza FP. O estresse e as doenças psicossomáticas. *Revista de Psicofisiologia.* 1997;1(1) apud Monteiro CFS, et al. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2007;11(1):66-72.
67. Amir O, et al. The response of circulating brain natriuretic peptide to academic stress in college students. *Stress.* 2020;13(1):83-90.

68. Elzinga BM, et al. Stress-induced cortisol elevations are associated with impaired delayed, but not immediate recall. *Psychiatry Res.* 2005;14(3):211-23.
69. Kurokawa K, et al. Effects of chronic academic stress on mental state and expression of glucocorticoid receptor α and β isoforms in healthy Japanese medical students. *Stress.* 2011;14(4):431-438.
70. Lupien SJ, et al. Stress hormones and human memory function across the lifespan. *Psychoneuroendocrinology.* 2005;30(3):225-42.
71. Murphy L, Denis R, Ward CP, Tartar JJ. Academic stress differentially influences perceived stress, salivary cortisol, and immunoglobulin-A in undergraduate students. *Stress.* 2010;13(4):365-70.
72. Sliwinski MJ, Smyth JM, Hofer SM, Stawski RS. Intraindividual coupling of daily stress and cognition. *Psychol Aging.* 2006;21(3):545-557.
73. Qin S, et al. Acute psychological stress reduces working memory-related activity in the dorsolateral prefrontal cortex. *Biol Psychiatry.* 2009;66(1):25-32.
74. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus disease 2019–COVID-19. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2020 [citado em 15 nov 2020];33(4).
75. Khatoon F, Prasad K, Kumar V. Neurological manifestations of COVID-19: available evidences and a new paradigm. *J Neurovirol.* 2020;1-12.
76. Wadman M, Couzin-Frankel J, Kaiser J, Maticic C. A rampage through the body. *Science.* 24 abr 2020;368(6489):356-60.
77. Kecmanovic J. Pandemic anxiety is making us sleepless, forgetful and angry. Here are tips for coping. *Washington Post.* 3 abr 2020. [acesso em 4 jun 2020]. Disponível em: Gale Academic OneFile, <https://link-gale.ez10.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A619354046/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=0ff2271f>. [Accessed 4 May 2020].
78. Davenport C. Even astronauts get ornery: Coronavirus advice from those who have endured extreme social distancing. *Washington Post.* 16 abr. 2020. [acesso em 4 jun 2020]. Disponível em: Gale Academic OneFile, <https://link-gale.ez10.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A621023348/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=4eb269c4>.
79. Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2015;28(1):21-30.
80. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S. (Eds.). *The Social Psychology of Health.* 1988;31-67.

81. Gómez-Salgado J, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S, Díaz-Milanés D, Ruiz-Frutos C. Related health factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:3947.
82. Torales J, Ríos-González C, Barrios I, O'Higgins M, González I, García O, et al. Self-perceived stress during the quarantine of COVID-19 pandemic in Paraguay: an exploratory survey. *Front. Psychiatry*. 2020;11:558691. doi: 10.3389/fpsyt.2020.558691
83. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
84. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:3165. doi: 10.3390/ijerph17093165
85. Casagrande M, Favieri F, Tambelli R, Forte G. The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Med*. 2020;75:12-20. doi: 10.1016/j.sleep.2020.05.011
86. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatr. Res. Neuroimaging*. 2020;288:112954. [CrossRef] [PubMed]
87. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020;33:e100213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
88. Dagnino P, Anguita V, Escobar K, Cifuentes S. (2020) Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study. *Front. Psychiatry*. 2020;11:591142. doi: 10.3389/fpsyt.2020.591142
89. Nwachukwu I, Nkire N, Shalaby R, Hrabok M, Vuong W, Gusnowski A, et al. COVID-19 Pandemic: age-related differences in measures of stress, anxiety and depression in Canada. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:6366.
90. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos M, Ángel Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav. Immun*. 2020; 87:172-176. [CrossRef]
91. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36:e00054020. [CrossRef] [PubMed]
92. Wang Y, Di Y, Ye J, Bin WW. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol. Health Med*. 2020:1-10. [CrossRef] [PubMed]

93. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [página da internet]. Censo 2010. Amostra de situação de domicílios [acesso em 11 nov 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/47427?detalhes=true>
94. Diretoria de Vigilância Epidemiológica - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Boletim epidemiológico COVID-19 nº190 [publicação online]; 2020 [acesso em 11 nov 2020]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/BOLETIM_ELETRONICO_BAHIAN_190_30092020.pdf
95. Secretaria de Vigilância Sanitária - Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial 34. Doença pelo coronavírus COVID-19 [publicação online]; 2020 [acesso em 11 nov 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/08/Boletim-epidemiologico-COVID-34.pdf>
96. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, Souza RI de, et al. The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new coronavirus disease). *Psychiat Res.* 2020;287:112915. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915
97. Robb CE, Jager CA de, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: a survey of older adults in London, UK. *Front. Psychiatry.* 2020;11:591120. doi: 10.3389/fpsy.2020.591120
98. Beata G, Viera I, Martin R. Relationships between perceived stress, depression and alcohol use disorders in university students during the COVID-19 pandemic: a socio-economic dimension. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17:8853.
99. Choi J. Impact of stress levels on eating behaviors among college students. *Nutrients.* 2020;12:1241.
100. Seedhom AE, Kamel EG, Mohammed ES, Raouf NR. Predictors of perceived stress among medical and nonmedical college students, Minia, Egypt. *Int. J. Prev. Med.* 2019;10:107.
101. Cavallo P, Carpinelli L, Savarese G. Perceived stress and bruxism in university students. *BMC Res. Notes.* 2016;9:514.
102. Tivolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. *BMC Public Health.* 2013;13:724.
103. Nacional I. Portaria no 544, de 16 de junho de 2020 - portaria no 544, de 16 de junho de 2020 - DOU - imprensa nacional [Internet]. [citado em 16 nov 2020]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>
104. Auxílio emergencial - Caixa Econômica Federal - CEF [Internet]. [citado em 16 nov 2020]. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/auxilio/PAGINAS/DEFAULT2.ASPX>
105. Vinograd SP. Studies of social group dynamics under isolated conditions. *NASACR.* 1974;(2496):23-30,135-40,146.

106. Ashdown-Franks G, Koyanagi A, Vancampfort D, Smith L, Firth J, Schuch F, et al. Sedentary behavior and perceived stress among adults aged ≥ 50 years in six low- and middle-income countries. *Maturitas*. 2018;116:100-7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.08.005>
107. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, et al. Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):739-46.
108. Duncan GE, Avery AR, Seto E, Tsang S. Perceived change in physical activity levels and mental health during COVID-19: findings among adult twin pairs. *PLoS ONE*. 2020;15(8):e0237695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237695>

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar da pesquisa Fatores Associados ao Estresse em Isolamento Durante a Pandemia de Covid-19, sob a responsabilidade dos pesquisadores Gilsie Bezerra Siebra Miranda e Nildo Manoel da Silva Ribeiro, a qual pretende definir fatores associados ao estresse percebido em situação de isolamento.

Os benefícios deste estudo envolvem o desenvolvimento de uma maior compreensão dos fatores associados ao estresse em situação de isolamento, o que possivelmente contribua para a adoção de ações práticas que podem efetivamente mitigar o estresse e diminuir o sofrimento em situações semelhantes.

Sua participação é voluntária, não terá nenhum custo ou remuneração, e se dará por meio do preenchimento de um questionário e uma Escala de Estresse Percebido, que consiste apenas em responder algumas perguntas.

O questionário foi elaborado com atenção para ser o mais curto e cuidadoso possível, mas ainda assim existe o possível risco de algumas pessoas sentirem cansaço, desconforto ou constrangimento. Nesse caso, você pode parar a qualquer momento e, caso seja necessário, entrar em contato com a pesquisadora com o objetivo de sanar qualquer intercorrência advinda dessa pesquisa, incluindo encaminhamento para atendimento psicológico, se for o caso.

Se depois de autorizar sua participação, você desistir, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta das informações, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você também tem direito de acesso aos resultados da pesquisa publicados e garantia de que sua identidade não será divulgada, sendo resguardado o sigilo.

Caso existam dúvidas ou necessite de mais informações, você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelo e-mail gilsie@ifba.edu.br ou no endereço Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Bahia Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela, 4º andar (Sala 404) CEP 40.110-902 Salvador, Bahia, Brasil Telefone : (+55) (71) 3283-8959. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação

e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA) está localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, - Instituto de Ciências da Saúde – Térreo, Vale do Canela. Horário de funcionamento: de Segunda-feira a Sexta-feira das 07h00min às 17h30min. Telefone: (71) 3283-8951. E-mail: cepics@ufba.br

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. No entanto, caso você tenha gastos pela sua participação na pesquisa (como por exemplo, gastos com alimentação e deslocamento), deverá ser ressarcido pelo pesquisador.

Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, você tem direito a receber a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, tanto após o encerramento do estudo quanto no caso de interrupção da pesquisa, além de lhe ser garantido o direito à indenização.

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Você não será identificado(a) em nenhuma publicação e seus dados individuais serão armazenados em programa protegido por senha. Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida para você, assim como os resultados. Para isso, favor nos informar seu email.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, utilizando as informações, sem identificação individual, somente para os fins acadêmicos e científicos.

É importante esclarecer que, ao responder essas perguntas, será avaliado apenas como você percebe sua situação atual. Isso não é, de forma alguma, um diagnóstico. No entanto, caso queira, pode receber aconselhamento e orientações.

Consentimento Pós-Informação

Após ter sido devidamente informado pelo pesquisador sobre os objetivos e benefícios da pesquisa, bem como sobre os possíveis riscos da minha participação, eu entendi a explicação e concordo em participar da pesquisa sob livre e espontânea vontade, sem remuneração e com possibilidade de sair quando quiser.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante de pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO A

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu

de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

- 0= nunca
- 1= quase nunca
- 2= às vezes
- 3= quase sempre
- 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO B

QUESTIONÁRIO

Esse questionário possui o objetivo de saber como foi ou está sendo o período de isolamento para você. Aqui, entenda por isolamento o ato de ficar em casa o máximo possível e evitar contato com pessoas que não moram com você.

1. Qual a sua idade atual?
 - a. Menos que 18 anos (neste caso, a pesquisa se encerra)
 - b. 18 a 24 anos
 - c. 25 a 35 anos
 - d. 36 a 45 anos
 - e. 46 a 55 anos
 - f. 56 a 64 anos
 - g. 65 a 79 anos
 - h. 80 anos ou mais

2. Qual seu nível de escolaridade?
 - a. Ensino Fundamental incompleto
 - b. Ensino Fundamental
 - c. Ensino Médio incompleto
 - d. Ensino Médio
 - e. Graduação incompleta
 - f. Graduação
 - g. Pós-graduação incompleta
 - h. Pós-graduação

3. Qual a renda média mensal da casa?
 - a. Até 1 salário mínimo
 - b. De 1 a 4 salários mínimos
 - c. De 5 a 10 salários mínimos
 - d. De 10 a 20 salários mínimos
 - e. Mais de 20 salários mínimos

4. Você nasceu com características físicas de qual gênero?
 - a. Feminino (XX)
 - b. Masculino (XY)
 - c. Outro _____

5. Você se identifica com qual gênero?
 - a. Feminino
 - b. Masculino
 - c. Outro _____

6. Qual seu estado civil?
 - a. Solteiro
 - b. Casado
 - c. Separado
 - d. Viúvo
 - e. União estável

7. Você tem filhos?
 - a. Sim e moram comigo
 - b. Sim, mas não moram comigo
 - c. Não

8. Se tem filhos, quantos?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3 ou mais
 - d. Não tenho filhos

9. Quais as idades de seus filhos? (pode marcar mais de uma opção aqui)
 - a. Até 3 anos
 - b. 4 a 6 anos
 - c. 7 a 10 anos
 - d. 11 a 14 anos
 - e. 15 a 17 anos
 - f. 18 a 24 anos
 - g. 25 a 35 anos
 - h. 36 a 45 anos
 - i. 46 ou mais

10. Em qual estado você mora?
(colocar aqui as opções para selecionar uma)

11. Em que cidade você mora?
 - a. Capital
 - b. Outra cidade. Qual? _____

12. Quantas pessoas moram com você?
 - a. Moro só
 - b. 1

- c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5 ou mais
13. Você tem animais de estimação? (pode marcar mais de uma opção aqui)
- a. Cachorro
 - b. Gato
 - c. Roedor
 - d. Peixe
 - e. Pássaro
 - f. Outro. Qual? _____
 - g. Não tenho animal em casa
14. Você possui uma crença religiosa?
- a. Sim
 - b. Sim, mas não a pratico
 - c. Não
15. Você recebeu diagnóstico de alguma das questões abaixo? (pode marcar mais de uma opção aqui)
- a. Hipertensão
 - b. Doenças do coração. Qual? _____
 - c. Diabetes
 - d. Doenças respiratórias. Qual? _____
 - e. AVC
 - f. Doenças imunológicas. Qual? _____
 - g. Obesidade
 - h. Doenças inflamatórias. Qual? _____
 - i. Transtornos psiquiátricos. Qual? _____
 - j. Doença imunodepressora (ou toma medicamento imunodepressor)
 - k. Nenhuma das alternativas acima
16. Houve alguma mudança na sua rotina doméstica/familiar após a pandemia?
- a. Não houve mudanças significativas na minha rotina
 - b. Sim, estou com mais tempo livre
 - c. Sim, precisei assumir atividades e responsabilidades novas, porém em nível moderado
 - d. Sim, houve mudanças significativas e precisei assumir muitas atividades e responsabilidades novas, sentindo-me sobrecarregado
17. Você está em isolamento em casa?
- a. Sim, não saio de casa para nada
 - b. Sim, saio de casa só para coisas essenciais como fazer mercado

- c. Não, saio para trabalhar regularmente, mas não faço reuniões sociais
- d. Não, trabalho e encontro socialmente familiares e amigos regularmente
- e. Estou isolado, mas outra pessoa da casa não está

18. Você ficou isolado em casa por algum período?

- a. Não pratiquei isolamento em nenhum momento da pandemia
- b. Fiquei isolado, mas agora já não estou praticando isolamento
- c. Ainda estou me confinando em casa

19. Em que período você praticou o isolamento?

Inserir datas: De _____ até _____ de 2020, totalizando __ meses.

Ainda estou isolado: Sim Não

As perguntas seguintes se referem ao período em que você está/esteve em isolamento:

20. Está praticando alguma atividade física?

- a. Sim, regularmente
- b. Sim, de vez em quando
- c. Só a faxina da casa
- d. Não

21. Tem feito uso regular de algum desses itens? (pode marcar mais de uma opção aqui)

- a. Álcool
- b. Cigarro
- c. Maconha
- d. Cocaína
- e. Remédios para dormir
- f. Medicamentos psiquiátricos. Quais? _____
- g. Outras drogas. Quais? _____
- h. Nenhuma das alternativas acima

22. Quais atividades tem feito nesse período? (pode marcar mais de uma opção aqui)

- a. Trabalho
- b. Estudo
- c. Cuidar da família
- d. Cuidar da casa
- e. Lazer
- f. Psicoterapia
- g. Meditação
- h. Tomar sol, nem que seja 15 min na janela

23. Você tem em casa um espaço dedicado ao estudo ou trabalho?

- a. Sim, tenho um espaço separado para isso
 - b. Não, eu uso o mesmo ambiente para várias atividades diferentes, mas fico sozinho nele enquanto trabalho ou estudo
 - c. Não, eu tenho de dividir o espaço com outras pessoas fazendo coisas diferentes
24. Tem existido uma separação bem definida entre as horas de trabalho/estudo e de descanso?
- a. Sim
 - b. Não, troco mensagens de trabalho a qualquer hora do dia
 - c. Não, trabalho no momento em que surge oportunidade, independente da hora
 - d. Mais ou menos
 - e. Não trabalho/estudo
 - f. Outro _____
25. Sua Vida sexual teve modificação durante esse período? (pode marcar mais de uma opção aqui)
- a. Sim, diminuição da frequência
 - b. Sim, diminuição da qualidade das interações
 - c. Sim, aumento da frequência
 - d. Sim, aumento da qualidade das interações
 - e. Não
26. Como está sua alimentação nesse período? (pode marcar mais de uma opção aqui)
- a. Não mudou muito
 - b. Tenho comido mais que o habitual
 - c. Tenho comido menos que o habitual
 - d. A qualidade da minha alimentação melhorou
 - e. A qualidade da minha alimentação piorou
27. Assinale, abaixo, se apresentou nesse período: (pode marcar mais de uma opção aqui)
- a. Alterações do sono
 - b. Dor de cabeça
 - c. Irritabilidade
 - d. Tédio
 - e. Impulsividade
 - f. Fadiga
 - g. Hostilidade
 - h. Frustração
 - i. Sentimentos de desconforto
 - j. Falta de motivação
 - k. Dificuldade de concentração ou esquecimento
 - l. Aumento das brigas
 - m. Desinteresse
 - n. Insatisfação

- o. Tristeza
 - p. Ansiedade
 - q. Alterações do apetite
 - r. Indigestão, azia ou gastrite
 - s. Suores frios, tonturas ou vertigens
 - t. Palpitação cardíaca ou coração acelerado
 - u. Queda de cabelo
 - v. Respiração alterada, ofegante e curta
28. Qual a área de seu trabalho?
- a. Saúde
 - b. Educação
 - c. Vendas
 - d. Arte
 - e. Ciências Humanas
 - f. Ciências Exatas
 - g. TI
 - h. Mercado informal
 - i. Não trabalho
 - j. Outra. Qual? _____
29. Qual o seu principal vínculo profissional?
- a. Não trabalho
 - b. Emprego com carteira assinada
 - c. Empregado/servidor concursado
 - d. Autônomo
 - e. Empresário
 - f. Trabalho informal
 - g. Estágio
30. Você teme perder sua fonte de renda?
- a. Sim
 - b. Não a minha, mas me preocupo com pessoas próximas
 - c. Não
31. Descreva o dia a dia durante esse período:
- a. Mantenho a mesma rotina todos os dias
 - b. Mantenho uma rotina, mas que varia um pouco a cada dia
 - c. Não tenho nenhuma rotina diária e os dias parecem iguais
 - d. Não tenho rotina, mas as coisas mudam a cada dia
32. Você considera importantes as atividades que tem feito durante esse período?
- a. Sim, muito importantes
 - b. Sim, um pouco importantes

- c. Não, não muito
 - d. Não, de jeito nenhum
33. Com relação aos seus sentimentos durante a pandemia, marque a alternativa que melhor se aplica à sua situação.
- a. Sinto que estou lidando de forma equilibrada com os desafios colocados pela pandemia
 - b. Tenho me sentido mais ansioso após o início da pandemia
 - c. Tenho me sentido mais assustado e com medo após o início da pandemia
 - d. Tenho me sentido mais triste ou desanimado após o início da pandemia
34. Com relação à COVID-19, você está preocupado?
- a. Sim, estou extremamente preocupado
 - b. Sim, mas acredito que estou fazendo a minha parte
 - c. Sim, mas não há nada que eu possa fazer
 - d. Não, pois não sou grupo de risco
 - e. Não, pois acho que a COVID-19 não é perigosa
35. Qual das ações de prevenção você tem praticado? (pode marcar mais de uma opção aqui)
- a. Lavar as mãos por 20 segundos da forma correta
 - b. Distância de 2 metros de qualquer pessoa que não more com você
 - c. Usar máscara por todo o tempo em que está fora de casa
 - d. Desinfetar os materiais que vierem da rua
 - e. Só sair de casa se absolutamente necessário
 - f. Se informar sobre formas de proteção
36. Considerando o início da pandemia no Brasil em março de 2020, o quanto você tem praticado as ações de prevenção?
- a. Desde o início da pandemia, tenho alguns cuidados, mas não todos ou o tempo todo
 - b. Já fui muito atento a isso no início, mas hoje já diminuí os cuidados
 - c. Pratico a prevenção o máximo possível desde o início
 - d. Desde o início da pandemia eu não faço muito as ações de prevenção
 - e. No início eu estava menos atendo aos cuidados, mas agora pratico mais a prevenção
 - f. Outro _____
37. Como você vê essa crise?
- a. Uma ameaça perigosa
 - b. Algo que está sendo muito danoso
 - c. Um desafio a ser superado
 - d. Não vejo crise

38. Você ou algum de seus familiares teve COVID-19?
- a. Não
 - b. Sim, mas só a forma leve da doença
 - c. Sim, para ao menos um de nós foi difícil, mas não precisou de hospitalização
 - d. Sim, pelo menos um de nós precisou ser internado no hospital
39. Você ou algum de seus familiares está com COVID-19 nesse momento?
- a. Não
 - b. Sim, a forma leve da doença
 - c. Sim, ao menos um de nós está com sintomas intensos, mas está sendo tratado em casa
 - d. Sim, pelo menos um de nós está internado no hospital



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE EM ISOLAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Gilsie Bezerra Siebra Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35526920.7.0000.5662

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.253.673

Apresentação do Projeto:

"Durante a atual pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, o isolamento tem sido uma ação de prevenção largamente utilizada. No entanto, o processo de isolamento por longos períodos exerce seus próprios efeitos na saúde mental dos indivíduos, em especial no que se refere ao grau de estresse experienciado por essas pessoas. O estresse, por sua vez, afeta o funcionamento do sistema imunológico, o que é extremamente relevante numa situação de pandemia de uma doença ainda sem vacina ou sequer a definição de um tratamento largamente estabelecido. Considerando a necessidade atual do isolamento, ainda que não seja possível no momento eliminar o gerador do estresse, é possível desenvolver uma maior compreensão de fatores que potencializem ou diminuam o nível de estresse em isolamento, permitindo futuramente a adoção de ações práticas que possam efetivamente mitigar o estresse e diminuir o sofrimento em situações semelhantes.

O objetivo desta pesquisa é, portanto, analisar quais seriam os fatores associados ao estresse nesse contexto. Para este fim, o método utilizado será o estudo observacional transversal de voluntários maiores de idade que tenham praticado o isolamento social durante a pandemia de COVID-19. Para isso, serão utilizados como instrumentos de coleta de dados um questionário e a Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale - PSS), ambos aplicados de forma remota, através da internet."

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.253.673

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Definir fatores associados ao estresse percebido em situação de isolamento. Objetivo Secundário: - Verificar o nível de estresse percebido dos participantes;- Identificar quais fatores estão associados ao nível de estresse percebido;- Analisar a correlação entre esses fatores;- Verificar a percepção que os participantes possuem de seu período de isolamento."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Como será utilizada, para coleta de dados, apenas a aplicação de um questionário e uma escala de estresse, essa pesquisa não possui potencial danoso significativo para os participantes. No entanto, ainda existe risco de os voluntários apresentarem algum cansaço, desconforto ou sentimento de constrangimento. Benefícios: Os benefícios dessa pesquisa envolvem o desenvolvimento de uma maior compreensão dos fatores associados ao estresse em situação de isolamento, o que possivelmente contribua para a adoção de ações práticas que podem efetivamente mitigar o estresse e diminuir o sofrimento em situações semelhantes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora solucionou as pendências sinalizadas no parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1596996.pdf	29/08/2020 10:58:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Gilsie_Miranda_Versao2.pdf	29/08/2020 10:57:08	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP_Esclarecimentos_sobre_pendencias.pdf	29/08/2020 10:56:23	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao2.pdf	29/08/2020 10:52:34	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

CEP: 40.110-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br



UFBA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 4.253.673

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	18/07/2020 11:01:57	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_ICS.pdf	17/07/2020 16:26:47	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Outros	EQUIPE_DETALHADA.pdf	17/07/2020 16:26:11	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Outros	Curriculum_Lattes_Nildo_Ribeiro.pdf	17/07/2020 16:24:52	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Outros	Lattes_Gilsie_Bezerra_Siebra_Miranda. pdf	17/07/2020 16:24:34	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_observacao_das_Resol ucoes_510_e_466.pdf	17/07/2020 16:21:19	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_PESQUISA_NAO_I NICIADA.pdf	17/07/2020 16:19:58	Gilsie Bezerra Siebra Miranda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 02 de Setembro de 2020

Assinado por:
DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ
(Coordenador(a))

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

CEP: 40.110-902

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8951

E-mail: cepics@ufba.br



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsystem.ics.ufba.br>