



CURSO DE MEDICINA

THIAGO FREITAS VENTURA

**EPIDEMIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador

2022

Thiago Freitas Ventura

**EPIDEMIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para aprovação parcial no
4º ano de medicina

Orientador: Prof. Dr. Lucas Alves Pereira

Salvador

2022

RESUMO

Introdução: Com o início de pandemia de SARS-CoV-2, a maioria dos estabelecimentos de saúde mental primários e secundários foram obrigados a fechar ou restringir temporariamente as consultas. Ao mesmo tempo, novos estressores foram inseridos no cotidiano a partir da instalação das medidas restritivas e do aumento no número de casos de COVID-19. Dessa forma, criou-se um desequilíbrio grave entre os fatores de risco e de proteção relacionados ao adoecimento mental, o que contribui para o surgimento e piora de quadros psiquiátricos a curto e longo prazo.

Objetivo: Descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com quadros de emergências psiquiátricas atendidos durante a pandemia de COVID-19 em serviços de emergência de hospitais gerais ou de estabelecimentos especializados em psiquiatria.

Métodos: A estratégia de busca foi aplicada nas bases de dados eletrônicas PubMed, LILACS, SciElo, PsycINFO e Cochrane Library. Foram incluídos apenas estudos observacionais, publicados a partir de 2019, redigidos em inglês, espanhol ou português, cuja amostra foi atendida durante a pandemia e classificada de acordo com as emergências psiquiátricas apresentadas. Foram excluídos estudos que restringiram sua amostra para algum transtorno ou emergência, para crianças, idosos ou algum sexo específico e estudos que apenas selecionaram participantes já diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico.

Resultados: Dos 497 estudos encontrados na pesquisa, 20 cumpriam os critérios de elegibilidade, sendo 13 conduzidos na Europa, 3 na América do Norte, 2 na Ásia e 2 na Oceania. Na maioria dos estudos, a proporção masculino-feminino é próxima de 1:1, a média de idade está entre 29,9 e 54,5 anos, e a maioria dos pacientes está solteira e sem emprego. O comportamento suicida e a automutilação foram as apresentações mais frequentes, ao passo que a prevalência dos diagnósticos após atendimento foi variada entre os estudos, com destaque para transtornos psicóticos e transtornos por uso de substância.

Conclusão: não houve diferença em relação ao sexo, e a maioria da população estava na faixa de idade economicamente ativa, solteira e sem emprego. Mais estudos de prevalência de atendimentos a pacientes com emergências psiquiátricas são necessários, com maior padronização na coleta dos dados, principalmente nos países latino-americanos e africanos, a fim de se identificar e atender as necessidades relacionadas a essas ocorrências.

Palavras-chaves: coronavírus; COVID-19; saúde mental; pandemia; serviço de emergência psiquiátrica; hospital psiquiátrico; quarentena.

ABSTRACT

Background: during the SARS-CoV-2 pandemic, most mental health facilities were forced to close or to temporarily restrict appointments. At the same time, new stressors were introduced into daily life due the installation of restrictive measures and the increase in the number of COVID-19 cases. Thus, a serious imbalance was created between risk and protective factors related to mental illness, which contributes to the emergence and worsening of psychiatric conditions in the short and long term.

Objective: To describe the health profile of patients with psychiatric emergencies treated during the COVID-19 pandemic in general hospital's emergency services or psychiatric emergency services. **Methods:** PubMed, LILACS, SciELO, PsycINFO and Cochrane Library electronic databases were searched for relevant studies. Only observational studies, published from 2019 onwards, written in English, Spanish or Portuguese, whose sample was attended during the pandemic and classified according to the psychiatric emergencies presented were included. Studies that restricted their sample to some disorder or emergency, to children, to the elderly or to a specific gender and studies that only selected participants already diagnosed with a psychiatric disorder were excluded. **Results:** Of the 497 studies found in the survey, 20 met the eligibility criteria, 13 of which were conducted in Europe, 3 in North America, 2 in Asia and 2 in Oceania. In most studies, the male-female ratio is close to 1:1, the mean age is between 29.9 and 54.5 years, and most patients were single and unemployed. Suicidal behavior and self-mutilation were the most frequent presentations, while the prevalence of diagnoses after care varied between studies, with emphasis on psychotic disorders and substance use disorders. **Conclusion:** there was no difference in terms of sex, and most of the population was in the economically active age group, single and without a job. More studies about the characteristics of emergency department attendances due to psychiatric emergencies are needed, with greater standardization in data collection, especially in Latin American and African countries, to identify and meet the needs related to these occurrences.

Keywords: coronavirus; COVID-19; mental health; pandemic; psychiatric emergency service; psychiatric hospitals; quarantine

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
e.g.	<i>Exempli gratia</i> , por exemplo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROSPERO	<i>The International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEP	Serviço de Emergência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i>
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.....	22
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos	23
Tabela 2 - Pontuação STROBE dos estudos incluídos	25
Tabela 3 - Número de pacientes do grupo pré-pandemia e do grupo pandemia	26
Tabela 4 - Características sociodemográficas dos pacientes.....	28
Tabela 5 - Status ocupacional dos participantes	29
Tabela 6 - Porcentagem de pacientes em acompanhamento ambulatorial de psiquiatria	30
Tabela 7 - Porcentagem de pacientes com histórico psiquiátrico.....	30
Tabela 8 - Motivo da busca pelo serviço de emergência ou sintomas referidos	31
Tabela 9 - Diagnósticos psiquiátricos	33
Tabela 10 - Encaminhamento após atendimento	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivo primário.....	12
2.2. Objetivos secundários.....	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1. A realidade brasileira da psiquiatria de emergência.....	13
3.2. Saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19	15
3.3. Atendimento psiquiátrico durante a pandemia	17
4. METODOLOGIA	19
4.1. Desenho de estudo	19
4.2. Pergunta de investigação	19
4.3. Fontes de dados e estratégia de busca	19
4.4. Critérios de elegibilidade.....	19
4.5. Identificação e seleção dos estudos	20
4.6. Coleta dos dados e variáveis a serem estudadas	20
4.7. Risco de viés em estudos individuais.....	21
4.8. Aspectos éticos.....	21
5. RESULTADOS	22
5.1. Seleção dos estudos.....	22
5.2. Características dos estudos incluídos.....	23
5.3. Riscos de viés dos estudos incluídos.....	24
5.4. Resultados de estudos individuais	25
5.4.1. Número de pacientes em relação ao controle	25
5.4.2. Características sociodemográficas	26
5.4.3. Meio de chegada ao serviço de emergência	29
5.4.4. Histórico de acompanhamento psiquiátrico e de uso de psicofármacos	29

5.4.5. Motivo da busca pelo serviço de emergência e sintomas referidos.....	30
5.4.6. Diagnósticos	32
5.4.7. Encaminhamento após atendimento	34
6. DISCUSSÃO.....	35
6.1. Sumário das evidências	35
6.2. Limitações	37
7. CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO A.....	48

1. INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, o cuidado ao paciente psiquiátrico passou por diversas mudanças, principalmente com o desenvolvimento de diferentes modalidades de tratamento que diminuíssem a permanência dos pacientes nos hospitais¹. A partir desse redirecionamento recente das políticas de atenção à saúde mental, iniciou-se o atendimento psiquiátrico nas unidades de emergência de hospitais gerais e em serviços especializados de psiquiatria, com o objetivo de se avaliar em tempo hábil o paciente em crise^{2,3}.

Emergências psiquiátricas são caracterizadas por distúrbios de pensamento, emoção ou comportamento que colocam o paciente ou terceiros em situação de risco. Logo, é necessário uma intervenção terapêutica imediata (em questão de minutos ou horas) a fim de se evitar quaisquer danos à saúde psíquica, física e social do paciente e das pessoas a sua volta^{2,4-6}.

A partir de 2019, a pandemia de COVID-19 criou um desequilíbrio grave entre os fatores de risco e de proteção relacionados ao adoecimento mental⁷. A maioria dos estabelecimentos de saúde mental primários e secundários foram obrigados a fechar ou restringir temporariamente as consultas, ao passo que o número de pacientes precisando de tratamento aumentou significativamente, pressionando recursos de saúde e também profissionais da área^{7,8}.

Apesar de sua grande importância clínica e individual, o estudo das emergências psiquiátricas é escasso na literatura, principalmente no Brasil, onde também há carência de estudos sobre prevalência de transtornos psiquiátricos^{1,2,9}. No contexto de calamidades públicas, colher informações sobre as características clínicas dos pacientes psiquiátricos é o primeiro passo para planejar serviços de saúde que atendam às suas necessidades¹⁰. Em seguida, é possível estudar as melhores estratégias de cuidado e, assim, minimizar as consequências imediatas e de longo prazo⁵.

Sendo assim, o objetivo desta revisão sistemática é analisar a nova realidade imposta pelo surto de infecção por Sars-CoV-2, através do levantamento bibliográfico sobre o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes que apresentaram emergências psiquiátricas e que foram atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica ou nos setores de emergência de hospitais gerais durante a pandemia da COVID-19.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo primário

Descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com quadros de emergências psiquiátricas atendidos durante a pandemia de COVID-19 em serviços de emergência de hospitais gerais ou de estabelecimentos especializados em psiquiatria.

2.2. Objetivos secundários

Descrever quais os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes na população estudada;

Descrever quais os encaminhamentos mais frequentes na população estudada: alta, encaminhamento para ambulatório ou internação hospitalar;

Comparar o número de pacientes com quadros de emergências psiquiátricas atendidos em serviços de emergência de hospitais gerais ou de estabelecimentos especializados em psiquiatria durante a pandemia da COVID-19 com o período anterior à pandemia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A realidade brasileira da psiquiatria de emergência

O atendimento psiquiátrico na sala de emergência é uma prática relativamente recente no nosso país³. Os atendimentos de emergência mais comuns são risco ou tentativa de suicídio, automutilação, episódios maníacos ou depressivos, agitação psicomotora, abuso de substâncias psicoativas, crises de abstinência, déficit do juízo crítico e severa autonegligência^{4,11}.

No contexto dos hospitais gerais brasileiros, o primeiro serviço de psiquiatria em hospital geral do país é criado em 1954, na Bahia, sob liderança do Dr. Nelson Pires¹². Em seguida, surge o primeiro serviço de emergência psiquiátrica brasileiro em 1955, o Pronto-Socorro Psiquiátrico do Instituto de Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional, na cidade do Rio de Janeiro, onde, os pacientes eram considerados como “casos de polícia” e reclusos junto a presos comuns¹³. O próximo pronto-socorro foi criado apenas nove anos depois, também no Rio de Janeiro e vinculado ao Hospital Pinel¹³.

O cuidado às emergências psiquiátricas, de forma geral no Brasil, está intimamente associado com o redirecionamento de políticas públicas no cuidado à saúde mental, um processo impulsionado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira³. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi um processo social, político e cultural que articulou mudanças profundas no aspecto clínico e terapêutico do paciente psiquiátrico^{14,15}. O modelo asilar do cuidado à saúde mental foi uns dos principais motivadores para as discussões relacionadas à RPB. Profissionais de saúde, pacientes, familiares e ativistas criticaram os efeitos danosos dos macro-hospitais, que ofertavam condições desumanas de tratamento aos internados. Logo, era urgente buscar por terapêuticas mais humanizadas para, assim, aumentar a liberdade e a qualidade de vida dos pacientes^{1,14,16}.

Seus primeiros movimentos começaram nos anos 70 e, ao longo de aproximadamente três décadas, planejou-se a desconstrução progressiva dos leitos psiquiátricos nos manicômios em prol de uma nova estrutura diversificada de serviços com o propósito de reinserir os pacientes na comunidade¹⁴⁻¹⁷. No âmbito sociocultural, o alvo foi transformar o imaginário social e os estigmas relacionados à loucura e à diversidade¹⁸. Nesse sentido, objetivou-se desconstruir a associação do indivíduo portador de transtorno mental ao estereótipo de pedinte ou alguém que fala sozinho,

anda desarrumado e sujo, ou ainda de pessoas rebeldes e que devem ser temidas e mantidas fora do meio social¹⁹.

Para acompanhar essas mudanças, o atendimento psiquiátrico de emergência começa a se modificar também. A partir do fechamento dos diversos manicômios, surgiram os primeiros Serviços de Emergências Psiquiátricas (SEP) – iniciativas isoladas de algumas universidades e hospitais públicos nas grandes cidades. Inicialmente, não se preocupava em integrar o serviço de emergência às outras unidades de atendimento à saúde mental¹.

No contexto político, foi sancionada em 2001 a lei número 10.216, que assegura os direitos e a proteção aos portadores de transtornos mentais. Assim, a lei prevê o sigilo das informações do paciente e um tratamento que visa a reinserção social e que deve ser feito, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental²⁰. Além disso, fica proibida a internação de pacientes em locais com características asilares. Essas normas representam, portanto, a consolidação de uma política nacional que busca redirecionar o modelo assistencial psiquiátrico no Brasil.

A oficialização das diferentes modalidades de SEP's é feita com a publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instaura a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção psiquiátrica de urgência e emergência fica, então, sob responsabilidade de SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas em Saúde, entre outros. Todos esses estabelecimentos articulam-se com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que, por sua vez, são encarregados de acolher e cuidar das pessoas com transtorno mental²¹.

Hoje, as funções dos SEP's vão além da estabilização do paciente em crise. Nessa nova conjuntura, os SEP's possuem um papel central na organização do sistema de saúde mental, sendo muitas vezes a porta de entrada responsável pela triagem de novos casos, estabelecimento da primeira hipótese diagnóstica, indicação de tratamento inicial, organização dos fluxos de internações e encaminhamento para cada caso^{1,3}. Assim, esses estabelecimentos contribuem para reduzir o número de internações hospitalares desnecessárias e também reduzir a sobrecarga nos leitos psiquiátricos¹.

Ao longo do atendimento, o médico precisa fazer o diagnóstico inicial do transtorno mental e da emergência psiquiátrica apresentada, além de avaliar as necessidades imediatas do paciente. Em seguida, deve-se iniciar o tratamento no local e, após se estabilizar o quadro, realizar o encaminhamento mais pertinente, que pode ser para internação hospitalar, hospital-dia, ambulatório, entre outros. Dessa forma, pode-se dar continuidade ao tratamento do evento desencadeante da emergência e oferecer um cuidado integral^{2,4}.

Entretanto, apesar dos novos planejamentos na assistência à saúde mental, a diminuição dos leitos hospitalares ocorreu de forma desarticulada. Conseqüentemente, não há outros centros de saúde mental, como ambulatórios e CAPS, em quantidade e qualidade suficiente para atender a demanda, o que exige de forma intensa e desproporcional a atuação dos SEP's¹³. Como resultado, diminui-se a acessibilidade ao atendimento do paciente agudo, o que pode desorganizar ainda mais a rede de saúde mental^{13,22}. Essa dificuldade em conseguir ajuda aumenta o risco de recaídas e crises, e os pacientes começam a apresentar internações repetidas, com curto espaço de tempo entre si^{13,23}.

3.2. Saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19

No dia 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada de uma nova doença chinesa instalando-se de forma epidêmica na cidade de Wuhan²⁴. Na semana seguinte, identificou-se o agente causador, um novo coronavírus que seria chamado de SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus*), responsável por desencadear a doença COVID-19²⁴. No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS determina que a COVID-19 é uma emergência de saúde pública de interesse internacional, com 18 países apresentando o vírus na sua população^{24,25}. Com o aumento do número de casos e de mortes globalmente, a OMS declara a pandemia em 11 de março de 2020²⁶.

Com o avanço generalizado da doença, aumento do número de casos e mortes, praticamente todos os países afetados estabeleceram estratégias de distanciamento social. Dentre as medidas impostas, incluem-se a suspensão de atividades comerciais, escolares e de lazer em ambientes públicos e também o estímulo ao isolamento social, ações que fazem parte do *lockdown* completo ou parcial^{27,28}.

Entretanto, apesar de haver evidências sobre o benefício do distanciamento para diminuir a transmissão do vírus²⁹, as restrições causaram um prejuízo não intencional no cuidado à saúde mental a partir da mudança brusca no estilo de vida e

inserção de novos estressores no cotidiano^{30,31}. Diminuição do contato físico e social, separação entre entes queridos, perda da liberdade, prejuízo financeiro, acesso inadequado a suprimentos (e.g. comida, água, roupa, alojamento), atrasos acadêmicos, sentimento de solidão e grandes períodos de tédio são fatores que acompanham o isolamento e que podem causar um dano psicológico abrangente, substancial e de longa duração^{30,32-34}.

Além do isolamento social, foram identificados, através de diversos estudos, outros importantes fatores de risco para o adoecimento mental das populações afetadas pela pandemia. Medo de infectar-se, medo de infectar outras pessoas, incerteza sobre o próprio estado de saúde, infecção e morte de familiares e amigos, aumento da demanda de trabalho dos profissionais de saúde e consumo excessivo de informações da mídia estão entre os principais elementos contribuintes para o sofrimento emocional generalizado e aumento do risco de doenças psiquiátricas associadas ao avanço da COVID-19^{8,30,32,33,35-38}.

Todos esses elementos estressantes contribuem para o surgimento e piora de quadros psiquiátricos a curto e longo prazo. Como consequência, espera-se o aumento da prevalência de quadros relacionados a ansiedade, depressão, transtorno por uso de álcool, transtorno do estresse pós-traumático, insônia, irritabilidade, ideações suicidas e transtornos psicóticos^{7,32,33,35,36,39}.

Vários estudos investigaram a saúde mental da população em geral durante a pandemia em curso. Uma coorte retrospectiva de com 236.379 sobreviventes da COVID-19 identificou a incidência diagnóstica de transtornos neurológicos e psiquiátricos 6 meses após um diagnóstico de COVID-19. Em toda a coorte, 33,62% dos pacientes receberam algum diagnóstico neurológico ou psiquiátrico, sendo que 8,63% dos participantes foram diagnosticados com transtornos de humor, ansiedade ou psicóticos pela primeira vez⁴⁰.

Para analisar os efeitos da pandemia no Brasil, um estudo recente utilizou um questionário *online* anônimo, disseminado por redes sociais, com seleção de amostra por conveniência, para investigar a prevalência dos sintomas psiquiátricos na população geral brasileira durante o pico da pandemia. Dos 1996 participantes, 81,9% relataram sintomas de ansiedade, 68% sintomas de depressão e 55,3% prejuízo no sono²⁷.

3.3. Atendimento psiquiátrico durante a pandemia

No que se refere ao sistema de saúde, a maioria dos estabelecimentos de saúde mental primários e secundários fecharam ou restringiram temporariamente as consultas como consequência das medidas restritivas⁷. Além disso, alguns países converteram parte dos leitos psiquiátricos dos hospitais gerais em leitos para pacientes internados com COVID-19⁴¹.

Consequentemente, reduziu-se o volume de atendimentos psiquiátricos, e os serviços de saúde mental sofreram com cortes no orçamento público e com a diminuição dos pagamentos para consultas particulares⁴². Tais fatores configuram-se como desafios fiscais sem precedentes e podem exacerbar problemas antigos de remuneração inadequada para os profissionais de saúde mental^{43,44}. Essa situação torna-se grave sobretudo no Brasil, cujo financiamento relacionado à saúde é historicamente insuficiente para suprir as demandas cotidianas⁴⁵.

Sendo assim, a pandemia criou um desbalanço entre fatores de risco e fatores de proteção para o adoecimento mental: os novos estressores aumentaram número de pacientes necessitando de atendimento em saúde, ao passo que a acessibilidade aos atendimentos diminuiu^{7,8}. Desse modo, o sistema de saúde fica pressionado, com novas demandas relacionadas a estruturas, insumos e recursos humanos^{8,45}.

Para tentar contornar as adversidade impostas pela pandemia de COVID-19, os setores públicos e privados passaram por mudanças estruturais, incluindo a criação de telefones de emergência, divulgação de panfletos online e adaptação à telemedicina^{41,42,46,47}.

No estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos, foi implementado uma *Emotional Support Helpline* (Linha de Apoio Emocional) oferecendo apoio psicológico gratuito e confidencial para a população. Ao longo de 12 semanas, o telefone de atendimento recebeu cerca de 18.000 ligações, sendo que 10% eram profissionais da saúde⁴¹.

O atendimento através de aplicativos de chamada tornou-se a alternativa mais econômica e segura diante dos cortes financeiros e das medidas restritivas. O uso da comunicação de vídeo virou rotina em uma variedade de ambientes hospitalares, clínicos e ambulatoriais. Dessa forma, psiquiatras e psicólogos tornaram-se novamente capazes de oferecer tratamento, psicoeducação, aconselhamento, supervisão e treinamento a pacientes e a outros profissionais necessitados^{41,42,46,47}.

Entretanto, apesar de ser necessário durante a pandemia, o atendimento *online* possui suas limitações. Moradores de rua, pessoas com déficit cognitivo grave, dificuldades de leitura, sem acesso a um *smartphone* e pessoas que não são tecnologicamente adeptas (e.g. idosos e crianças pequenas) podem apresentar dificuldades para se adequar às terapias digitais, tornando o cuidado à saúde mental deficiente^{46,48,49}.

Além disso, alguns procedimentos são impossíveis de serem realizados de maneira remota. Por exemplo, a terapia eletroconvulsiva, que pode ser utilizada para tratar transtorno depressivo maior, esquizofrenia e episódios maníacos, envolve anestesia e ventilação não-invasiva e, portanto, precisa do contato físico direto para ocorrer^{2,50}. Ademais, o cuidado aos pacientes com transtorno por uso de opioides também foi prejudicado. O tratamento geralmente inclui metadona ou buprenorfina, fármacos que precisam ser administrados sob supervisão presencial. Logo, aqueles que não frequentam o serviço de psiquiatria não recebem o tratamento adequado e possuem maiores riscos de recidivas e overdoses relacionadas ao uso ilegal de opioides⁵¹.

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho de estudo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em concordância com os itens da recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) e com os métodos descritos no *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*.

4.2. Pergunta de investigação

Qual o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes que apresentam emergências psiquiátricas e que são atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica e de setor de emergência de hospitais gerais durante a pandemia da COVID-19?

4.3. Fontes de dados e estratégia de busca

A estratégia de busca foi desenvolvida segundo o mnemônico CoCoPop (*Condition, Context and Population*) e aplicada nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (através do PubMed), LILACS, SciElo, PsycINFO e Cochrane Library por meio da combinação de descritores no dia 21 de julho de 2021.

Os descritores para a busca foram consultados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (*Medical Subject Headings*), a fim de se encontrar os descritores exatos, assim como possíveis sinônimos, nos idiomas português e inglês.

Para detalhes de estratégias de busca incluindo todos os descritores utilizados em cada base de dados, consultar Anexo A.

Referências presentes nos estudos identificados pela estratégia de busca também foram procuradas manualmente, através do Google Scholar, a fim de se somarem ao trabalho e à revisão da literatura.

4.4. Critérios de elegibilidade

Foram incluídos apenas estudos epidemiológicos observacionais, publicados a partir de 2019, redigidos em inglês, espanhol ou português, apresentando as características: Co – emergências psiquiátricas, Co – pandemia de COVID-19, Pop – pacientes atendidos em unidades especializadas em emergências psiquiátricas ou em setores de emergência de hospitais gerais. Além disso, os estudos devem avaliar o perfil clínico e sociodemográfico e os principais diagnósticos psiquiátricos da população referida.

Foram excluídos estudos que restringiram sua amostra para crianças, idosos ou para algum sexo específico ou que restringiram sua amostra de acordo com um tipo específico de transtorno mental ou emergência e também estudos que apenas selecionaram participantes já diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico.

4.5. Identificação e seleção dos estudos

Após o resultado das buscas realizadas nas bases de dados, o processo de seleção dos estudos foi realizado em três etapas individualizadas: retirada de duplicatas; aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura ativa do título e resumo dos estudos remanescentes; nova aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura na íntegra dos estudos selecionados.

A seleção dos estudos foi feita por dois revisores de forma independente, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, e quaisquer discrepâncias foram avaliadas novamente até que o consenso fosse alcançado.

Organização e leitura dos artigos foram realizadas com o Mendeley Desktop versão 1.19.8, e os dados dos artigos foram coletados manualmente e registrados no Excel versão 2011.

4.6. Coleta dos dados e variáveis a serem estudadas

A extração dos dados presentes nos estudos selecionados foi realizada manualmente, através de um formulário pré-estabelecido de preenchimento dos revisores. A coleta de dados foi feita por dois revisores de forma independente, e quaisquer discrepâncias foram avaliadas novamente até que o consenso fosse alcançado.

Itens extraídos, quando possível, foram: ano de publicação, local de realização do estudo, tipo de estudo, critérios de inclusão e exclusão, período de seguimento, critérios utilizados para classificar os transtornos mentais observados, idade média dos pacientes atendidos, tipo de acompanhante que auxiliou o paciente na busca pelo atendimento, presença de histórico de acompanhamento psiquiátrico, motivo da procura em emergência, sexo, situação conjugal, status ocupacional, uso de medicamentos, escolaridade, incidência ou prevalência das emergências psiquiátricas, prevalência dos diagnósticos psiquiátricos e encaminhamento após atendimento (alta, encaminhamento para ambulatório ou internação hospitalar).

4.7. Risco de viés em estudos individuais

A análise de risco de viés nos estudos foi realizada através da iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology – Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia*). STROBE é um instrumento preconizado pela EQUATOR Network, uma organização que reúne profissionais interessados em melhorar a qualidade das publicações de pesquisa⁵².

A iniciativa STROBE é um conjunto de 22 diretrizes que servem para guiar o relato dos estudos observacionais (transversais, de coorte e de caso-controle). Apesar de não ser um instrumento para avaliar a qualidade da pesquisa observacional, ela fornece orientação sobre como relatar bem a pesquisa observacional⁵².

Cada estudo incluído foi individualmente analisado através da iniciativa STROBE combinada, aplicável aos estudos transversais, de coorte e de caso-controle. Nesse sentido, foi atrelado 1 ponto para cada diretriz seguida corretamente. A pontuação individual de cada estudo está descrita na Tabela 1, junto às suas principais características. A pontuação de cada estudo selecionado foi feita por dois revisores de forma independente, e quaisquer discrepâncias foram avaliadas novamente até que o consenso fosse alcançado.

4.8. Aspectos éticos

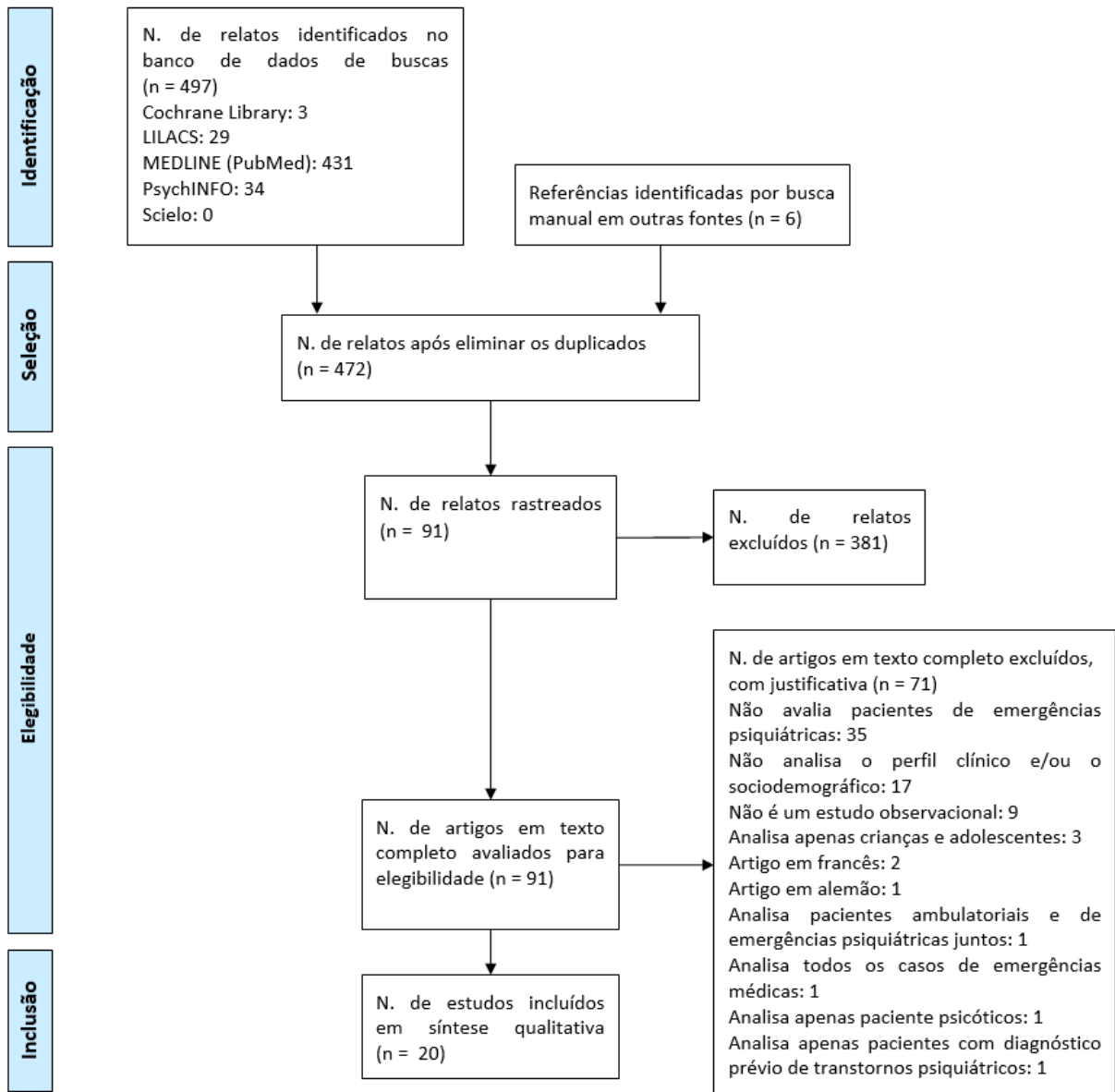
Por tratar-se de revisão sistemática com dados secundários e artigos publicados, não foi necessário submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa. O protocolo desta revisão foi registrado no PROSPERO (*The International Prospective Register of Systematic Reviews*) com o número de registro CRD42021242117.

5. RESULTADOS

5.1. Seleção dos estudos

Durante a primeira etapa da seleção, foram identificados 497 estudos a partir da busca bibliográfica nas bases de dados Cochrane Library, MEDLINE, PsychINFO, LILACS e Scielo e 6 estudos a partir da busca manual no Google Scholar, totalizando 472 estudos após remoção das duplicadas. Posteriormente à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, primeiramente com a leitura do título e do resumo e depois do texto completo, foram selecionados 20 estudos para análise qualitativa (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos



5.2. Características dos estudos incluídos

Foram selecionados vinte estudos que analisam o perfil clínico e demográfico dos pacientes atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica ou de setor de emergência de hospital geral (tabela 1).

Em relação ao local de realização dos estudos, observa-se que treze foram conduzidos na Europa, três na América do Norte, dois na Ásia e dois na Oceania. A Itália foi o país em que mais estudos foram conduzidos, um total de 5 estudos, seguida pelos Estados Unidos da América, com três, e da Espanha, com dois.

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos

Autor principal	Ano de publicação	País	Tipo de estudo	Dias de seguimento durante a pandemia	Crítérios diagnósticos
Ambrosetti et al.	2021	Suíça	Transversal	44	-
Balestrieri et al.	2021	Itália	Transversal	70	CID-9
Beghi et al.	2021	Itália	Coorte	55	-
Capuzzi et al.	2020	Itália	Transversal	72	CID-10
Di Lorenzo et al.	2021	Itália	Coorte	183	CID-9
Dragovic et al.	2020	Austrália	Transversal	97	CID-10
Dvorak et al.	2021	Israel	Coorte	46	-
Ferrando et al.	2021	EUA	Coorte	60	-
Gómez-Ramiro et al.	2021	Espanha	Transversal	90	CID-10
Gonçalves-Pinho et al.	2020	Portugal	Coorte	44	CID-9
Jhanwar et al.	2020	Índia	Transversal	59	-
Joyce et al.	2020	Nova Zelândia	Coorte	33	-
McAndrew et al.	2020	Irlanda	Transversal	55	-
McDowell et al.	2021	EUA	Transversal	132	DSM-5
Mukadam et al.	2021	Inglaterra	Coorte	120	-
Pignon et al.	2020	França	Transversal	31	-
Rodríguez-Jimenez et al.	2020	Espanha	Transversal	48	-
Seifert et al.	2020	Alemanha	Coorte	69	CID-10
Stein et al.	2020	Itália	Coorte	55	DSM-5
Stroeveer et al.*	2020	EUA	Transversal	-	CID-10

*Estudo conduzido entre os meses de janeiro e agosto de 2019 e 2020, sem especificar as datas exatas de início e fim do recrutamento

Todos os estudos incluídos avaliaram duas amostras diferentes, uma na mesma faixa temporal que a pandemia de COVID-19 e outra faixa anterior a esse

contexto. Quinze estudos analisaram uma amostra especificamente durante o período de *lockdown* da região e outra antes desse período⁵³⁻⁶⁷. Nos cinco estudos restantes, o período de recrutamento do grupo “pandêmico” não limitou-se apenas ao período de *lockdown* da região⁶⁸⁻⁷². O estudo de Balestrieri et al. coletou dados referentes a duas amostras: durante o *lockdown* e após o *lockdown* e, por isso, durante os resultados desta revisão, serão expostos os dados referentes às duas amostras juntas durante todo o ano de 2020 para esse estudo, quando possível⁵³.

5.3. Riscos de viés dos estudos incluídos

A avaliação de risco de viés para todos os estudos incluídos foi realizada a partir da iniciativa STROBE e está relatada na Tabela 2. O estudo de Capuzzi et al. foi o único que relatou ter sido elaborado seguindo os itens da iniciativa STROBE⁶⁰. Todos os 20 estudos incluídos apresentaram alguma deficiência metodológica de acordo com os critérios de qualidade aplicados.

Em relação aos principais pontos não cumpridos, diversos estudos não relataram como foram tratados os dados faltantes (*missing data*) e não indicaram o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse.

Além disso, muitos artigos forneceram informações insuficientes sobre como o tamanho amostral final foi alcançado, a exemplo de não descrever o número de participantes em cada etapa do estudo (número de participantes potencialmente elegíveis, elegíveis de fato, incluídos no estudo e efetivamente analisados).

Por fim, apesar de coletarem variáveis relacionadas aos diagnósticos psiquiátricos dos pacientes, muitos estudos não especificaram quais foram os critérios diagnósticos utilizados para chegar a essa conclusão.

Tabela 2 - Pontuação STROBE dos estudos incluídos

Estudo	Pontuação STROBE
Ambrosetti et al. (2021)	19
Balestrieri et al. (2021)	18
Beghi et al. (2021)	16
Capuzzi et al. (2020)	18
Di Lorenzo et al. (2021)	20
Dragovic et al. (2020)	17
Dvorak et al. (2021)	15
Ferrando et al. (2021)	18
Gómez-Ramiro et al. (2021)	21
Gonçalves-Pinho et al. (2020)	19
Jhanwar et al. (2020)	16
Joyce et al. (2020)	16
McAndrew et al. (2020)	13
McDowell et al. (2021)	21
Mukadam et al. (2021)	18
Pignon et al. (2020)	14
Rodriguez-Jimenez et al. (2020)	16
Seifert et al. (2020)	19
Stein et al. (2020)	15
Stroeve et al. (2020)	21

5.4. Resultados de estudos individuais

5.4.1. Número de pacientes em relação ao controle

Em todos os estudos incluídos, observa-se uma redução na quantidade de atendimentos realizados no período pandêmico, quando comparado ao período sem pandemia (tabela 3).

Tabela 3 - Número de pacientes do grupo pré-pandemia e do grupo pandemia

Autor principal	Atendimentos antes da pandemia	Atendimentos durante a pandemia	Redução no número de atendimentos
Ambrosetti et al.	702	579	17,5%
Balestrieri et al.*	2639	1954	26,0%
Beghi et al.	455	389	14,5%
Capuzzi et al.	388	225	42,0%
Di Lorenzo et al.	602	476	20,9%
Dragovic et al.	3674	3466	5,7%
Dvorak et al.	254,67**	143	43,8%
Ferrando et al.	355	201	43,4%
Gómez-Ramiro et al.	1208	750	37,9%
Gonçalves-Pinho et al.	1633	780	52,2%
Jhanwar et al.	51	32	37,3%
Joyce et al.	564	371	34,2%
McAndrew et al.	-	-	-
McDowell et al.	561	358	36,2%
Mukadam et al.*	9665	8296	14,2%
Pignon et al.	1224	553	54,8%
Rodriguez-Jimenez et al.	367	213	42,0%
Seifert et al.	476	374	21,4%
Stein et al.	398	227	43,0%
Stroeveer et al.	72592	56837	21,7%

*Compara todos os atendimentos psiquiátricos de emergência de 2019 com os de 2020

**Média de atendimento por ano, de 2017 até 2019

O estudo de McAndrew et al. não contabiliza o número absoluto de atendimentos emergenciais em psiquiatria durante os períodos de amostragem, mas sim a média de atendimentos por semana⁶⁷. Durante as 8 semanas iniciais de restrições COVID-19, registrou-se uma média de 19 ($\pm 6,4$) atendimentos por semana, em comparação com 24 ($\pm 3,2$) por semana no período correspondente de 2018 e 2019, representando uma redução de 21%.

5.4.2. Características sociodemográficas

Dos estudos selecionados, quinze apresentaram a idade média dos pacientes (tabela 4)^{53,55,68–72,56,58,60–65}. O estudo de Stroeveer et al. apresentou a maior idade média entre os pacientes, sendo 54,5 anos, e Jhanwar et al. apresentou a menor, de 29,90 anos. Ferrando et al. divide sua população entre adultos, com média de idade

de 37,1, e crianças, com 13,8. Cinco estudos classificaram suas amostras de acordo com a faixa etária, não sendo possível obter uma média de idade^{54,57,59,66,67}.

Em relação ao sexo dos pacientes no serviço de emergência, dezessete estudos apresentaram a porcentagem do sexo feminino e masculino^{53,54,65,66,68-72,55-58,60,61,63,64}, sendo que apenas Ferrando et al. classifica o sexo também como “outros”, com n=2 (0,7%) (tabela 4). Em relação à porcentagem de homens, a maior foi a do estudo de Seifert et al., com 58% dos atendimentos. A maior porcentagem de mulheres é contabilizada no estudo de Jhanwar et al. com 65,6% dos pacientes.

A situação conjugal dos pacientes é descrita em 7 estudos, com cinco apresentações principais: solteiro, casado/em relacionamento, divorciado/separado, viúvo e desconhecido^{53,54,60,62,68-70}. Em Dvorak et al., 72% dos pacientes se apresentam solteiros, sendo a maior porcentagem do estudo. Em casados/em relacionamento, o estudo Beghi et al. mostra a maior contabilização em relação à porcentagem, com 27,6%. Por fim, Ambrosetti et al. contabiliza a maior porcentagem de divorciados/separados, com 116 participantes, representando 20% da amostra.

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos pacientes

Autor principal	Idade média	Homens	Mulheres	Casado / Em relacionamento	Solteiro	Divorciado / Separado	Viúvo	Desconhecido
Ambrosetti et al.	40,58	48,2%	51,8%	18,8%	57,9%	20,0%	3,3%	-
Balestrieri et al.*	45,5	49,9%	50,1%	21,8%	40,8%	10,0%	0,2%	27,1%
Beghi et al.	-	56,6%	43,4%	27,6%	57%	10,9%	4,5%	-
Capuzzi et al.	44,2	51,6%	48,4%	31,3%	-	-	-	-
Di Lorenzo et al.	46	51,9%	48,1%	25,8%	35,2%	6,8%	2,8%	29,4%
Dragovic et al.	39,5	45,4%	54,6%	-	-	-	-	-
Dvorak et al.	40,5	-	-	12,6%	72%	10,5%	2,8%	-
Ferrando et al.	37,1**	40%	58,5%	20,4%	73,6%	6,0%	-	-
Gómez-Ramiro et al.	41,78	56,1%	43,9%	-	-	-	-	-
Gonçalves-Pignon et al.	47,35	44,1%	55,9%	-	-	-	-	-
Jhanwar et al.	29,90	34,3%	65,6%	-	-	-	-	-
Joyce et al.	-	42,9%	57,1%	-	-	-	-	-
McDowell et al.	39	58%	42%	-	-	-	-	-
Mukadam et al.	43,8	52,2%	47,8%	-	-	-	-	-
Pignon et al.	-	53%	43%	-	-	-	-	-
Rodriguez-Jimenez et al.	42,6	50,2%	49,8%	-	-	-	-	-
Seifert et al.	43,4	60,7%	39,3%	-	-	-	-	-
Stroeveer et al.	54,5	47,7%	53,3%	-	-	-	-	-

*Dados referentes à amostra selecionada durante o *lockdown*

**Média de idade da amostra com mais de 18 anos

Cinco estudos analisados apresentam dados referentes ao status ocupacional dos pacientes (tabela 5), com cinco apresentações principais: empregado, desempregado, aposentado, pensionista por invalidez e estudante^{53,54,60,69,70}. No estudo de Ferrando et al., essas porcentagens são referentes à amostra de adultos. A maior porcentagem de desempregados é contabilizada no estudo de Capuzzi et al., com 136 (68,0%).

Tabela 5 - Status ocupacional dos participantes

Autor Principal	Empregado	Desempregado	Aposentado	Pensionista por invalidez	Estudante
Balestrieri et al.*	23,8%	29,9%	12,9%	18,1%	-
Beghi et al.	22,2%	44,3%	18,7%	8,9%	5,9%
Capuzzi et al.	-	68,0%	-	-	-
Di Lorenzo et al.	27,3%	22,8%	10,1%	4,6%	3,8%
Ferrando et al.	13,3%	63,3%	-	-	13,2%

*Dados referentes à amostra selecionada durante o *lockdown*

5.4.3. Meio de chegada ao serviço de emergência

Três estudos coletaram dados referentes ao meio de chegada ao serviço de emergência^{58,61,68}. No estudo de Ambrosetti et al. a fonte de referência ao serviço de emergência do Hospital Universitário de Genebra foi de auto-referência em 330 (47%) atendimentos, ambulância em 166 (23,6%), polícia em 82 (11,7%), do próprio hospital em 78 (11,1%), de um médico generalista em 30 (4,3%), de um psiquiatra privado em 13 (1,9%) e de um serviço ambulatorial móvel em 3 (0,4%) dos atendimentos.

Dragovic et al. descreve que 1774 (48,3%) participantes chegaram ao serviço de emergência por transporte privado, 1601 (43,6%) por ambulância, 256 (7,0%) através da polícia e 43 (1,1%) por outros meios⁶¹.

Seifert et al. relata que 186 (49,7%) pacientes se apresentaram ao serviço de emergência por seus próprios meios, ao passo que 188 (50,3%) por meio da polícia ou de ambulância⁵⁸.

5.4.4. Histórico de acompanhamento psiquiátrico e de uso de psicofármacos

Dos estudos selecionados, nove apresentaram dados referentes ao histórico de acompanhamento psiquiátrico^{53-55,57,58,60,62,69,70}. Cinco estudos descreveram se os participantes apresentaram acompanhamento prévio em ambulatório psiquiátrico ou não (tabela 6), sendo positivo em 290 (74,6%) casos em Beghi et al., 142 (70,6%) em

Ferrando et al., 157 (69,8%) em Capuzzi et al., 240 (60,8%) em Di Lorenzo et al. e 57 (39,9%) em Dvorak et al.

Tabela 6 - Porcentagem de pacientes em acompanhamento ambulatorial de psiquiatria

Autor principal	Sim	Não	Desconhecido
Beghi et al.	74,6%	25,4%	-
Capuzzi et al.	69,8%	30,2%	-
Di Lorenzo et al.	60,8%	38,5%	-
Dvorak et al.	39,9%	60,1%	-
Ferrando et al.	70,6%	22,9%	6,5%

Cinco estudos apresentam dados referentes a presença de histórico psiquiátrico nos participantes (tabela 7), sendo positivo em 389 (38,9%) pacientes durante o período de *lockdown* e 316 (40,3%) dos pacientes após o período de *lockdown* em Balestrieri et al. e em 156 (77,6%) pacientes Ferrando et al., incluindo 118 (86,8%) adultos e 38 (58,5%) crianças e adolescentes. Mukadam et al. observou que 65,8% dos pacientes eram conhecidos pelos serviços de saúde mental anteriormente. Em Pignon et al., os participantes que já tiveram alguma consulta psiquiátrica anteriormente ao estudo representam 252 (85,1%). Por fim, o estudo de Seifert et al. descreve que 283 (75,7%) pacientes atendidos na emergência psiquiátrica apresentavam tratamento psiquiátrico prévio.

Tabela 7 - Porcentagem de pacientes com histórico psiquiátrico

Autor principal	Sim	Não	Desconhecido / Indisponível
Balestrieri et al.*	38,9%	61,1%	-
Ferrando et al.	77,6%	22,4%	-
Mukadam et al.	65,8%	33,2%	1,1%
Pignon et al.	85,1%	13,9%	1,0%
Seifert et al.	75,7%	19,3%	5,6%

*Dados referentes à amostra selecionada durante o *lockdown*

O estudo de Capuzzi et al. foi o único que coletou esses dados referentes ao uso prévio de psicofármacos⁶⁰. Do total de pacientes, 151 (67,1%) estavam com tratamentos psicofarmacológicos em curso no momento do atendimento emergencial.

5.4.5. Motivo da busca pelo serviço de emergência e sintomas referidos

Dentre os estudos selecionados, quinze coletaram dados referentes ao motivo da busca pelo serviço de emergência ou referentes aos sintomas relatados pelos

pacientes (tabela 8), com cinco apresentações principais ao longo dos estudos: automutilação ou comportamento suicida (pensamentos, planos ou a tentativa de suicídio), ansiedade, agitação psicomotora / agressividade, episódio depressivo e surto psicótico^{54,55,58,60,61,69,70}. Dois estudos avaliaram seus participantes de acordo com o motivo da busca pelo serviço de emergência^{54,69}, quatro estudos classificaram seus pacientes de acordo com os sintomas referidos^{55,60,61,70} e outros sete avaliaram apenas a presença de automutilação ou comportamento suicida (referenciar).

Tabela 8 - Motivo da busca pelo serviço de emergência ou sintomas referidos

Autor principal	Automutilação ou comportamento suicida	Ansiedade	Agitação psicomotora / Agressividade	Episódio depressivo	Surto psicótico
Ambrosetti et al.	21,1%	-	6,6%	-	3,1%
Balestrieri et al.*	11,0%	-	23,8%	-	11,9%
Beghi et al.	20,6%	-	-	-	-
Capuzzi et al.	26,2%	14,7%	17,8%	15,6%	15,6%
Di Lorenzo et al.	14,1%	22,3%	10,7%	12,8%	9,7%
Dvorak et al.	13,3%				
Ferrando et al.	-	28,4%	18,9%	48,3%	28,9%
Gómez-Ramiro et al.	5,3%	-	2,5%	-	-
Gonçalves-pinho et al.	4,6%	-	-	-	-
Jhanwar et al.	34,3%	-	-	-	-
McDowell et al.	58,7%	-	-	-	-
Mukadam et al.	43,8%	4,0%	5,0%	6,0%	23,3%
Pignon et al.	8,4%	-	-	-	-
Seifert et al.	-	37,7%	9,4%	-	-
Stroeve et al.	3,4%	-	-	-	-

*Dados referentes à amostra selecionada durante o lockdown

Beghi et al. classifica os pacientes em 4 grupos: os que foram à emergência por causa de agitação psicomotora / intoxicação / confusão com 160 (43,4%) pacientes, sintomas de depressão / ansiedade com 100 (27,1%), ideação suicida / autoagressão / tentativa de suicídio com 76 (20,6%) e episódio maníaco-psicótico com 31 (8,1%)⁵⁴.

Ambrosetti et al. agrupa os sintomas de ansiedade e depressão numa única categoria, contabilizando 175 (30,2%) atendimentos.

O estudo de Dragovic et al. relata as principais queixas apenas durante o pico da pandemia de COVID-19 na Austrália (semanas 8 a 11 de 2020) em número absolutos⁶¹. Por causa disso, não foi possível identificar a porcentagem das queixas em relação ao total de participantes de todo o período de recrutamento. Observaram-se 199 pacientes com comportamento suicida, 60 com sintomas de ansiedade ou pânico, 42 com sintomas de depressão, 40 com automutilação, 21 com alucinações e 20 com comportamento agressivo ou violento.

O estudo de Seifert et al. avalia aspectos individuais relacionados à psicopatologia de cada paciente para descrever os sintomas presentes e relata que avolia está presente em 62,3% dos participantes, ansiedade em 37,7%, delírios em 15,5%, agressividade em 9,4%, automutilação em 6,4% e ideação suicida em 32,9%⁵⁸.

As variáveis comportamento autolesivo, ideação suicida e tentativa de suicídio são descritas separadamente no estudo de Ferrando et al., correspondendo a 11,9%, 43,8% e 4% dos participantes respectivamente⁷⁰.

5.4.6. Diagnósticos

Dentre os estudos selecionados, dezesseis coletaram dados referentes ao diagnóstico final dos pacientes, com sete apresentações principais: transtorno de ansiedade, transtorno psicótico, transtorno por uso de substâncias, transtorno de humor, transtorno de personalidade, transtornos relacionados a trauma e estressores, transtorno depressivo e transtorno bipolar (tabela 9). Dentre os estudos, a maior porcentagem é contabilizada por Stroever et al., com 3067 (49,2%) pacientes classificados em uso de substâncias.

Capuzzi et al. traz dados referentes a transtornos de ajustamento e depressivos como uma categoria só, contabilizando 25 (11,1%) casos.

Joyce et al. descreve os diagnósticos de acordo com a presença de overdose, 123 (34,5%), automutilação, 36 (9,7%), e outras apresentações, 207 (55,8%).

Os transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse como uma única categoria no estudo de Pignon et al., correspondendo a um total de 92 (16,6%) casos.

O estudo de Rodriguez-Jimenez et al. apresenta transtornos de ansiedade e transtorno de ajustamento em conjunto, com um total de 54 (25,4%) casos.

Tabela 9 - Diagnósticos psiquiátricos

Autor principal	T. por uso de substância	T. psicóticos	T. de ansiedade	T. de humor	T. de personalidade	T. relacionados a trauma e a estressores	T. depressivos	T. Bipolar
Ambrosetti et al.	8,6%	-	-	-	-	-	-	-
Balestrieri et al.*	9,2%	-	21,7%	-	-	2,5%	6,7%	-
Beghi et al.	8,1%	12,5%	7,8%	20,3%	12,7%	16,1%	-	-
Capuzzi et al.	2,7%	23,1%	8,0%	-	-	-	-	9,3%
Di Lorenzo et al.	1,8%	11,6%	5,1%	-	13,7%	9,4%	9,1%	6,1%
Dvorak et al.	5,6%	25,9%	1,4%	7,7%	-	14,0%	-	-
Ferrando et al.	3,5%	24,4%	7,0%	-	-	21,9%	28,4%	13,4%
Gómez-Ramiro et al.	15,5%	20,1%	17,1%	-	10,8%	0,1%	5,7%	4,9%
Gonçalves-Pinho et al.	-	18,8%	20,1%	13,8%	5,4%	5,8%	-	-
McAndrew et al.	38,0%	5,0%	21%	15%	12%	-	-	-
McDowell et al.	39,4%	12,2%	-	39,4%	-	-	-	-
Pignon et al.	8,0%	31,1%	-	28,2%	6,0%	-	-	-
Rodriguez-Jimenez et al.	8,9%	34,3%	-	-	17,8%	-	2,3%	5,2%
Seifert et al.	30,5%	18,7%	-	15,2%	12,3%	18,7%	-	-
Stein et al.	8,4%	20,3%	9,3%	11,9%	21,6%	11,5%	-	-
Stroeve et al.	49,2%	6,3%	25,2%	13,6%	1%	-	-	-

*Dados referentes à amostra selecionada durante o *lockdown*

5.4.7. Encaminhamento após atendimento

Doze estudos coletaram dados referentes ao encaminhamento após atendimento de emergência dos participantes (tabela 10), com 3 principais apresentações: internação hospitalar ou em enfermaria, alta ou não internado e outros. Cinco estudos trazem a variável como “alta”^{55,61,63,68,69}, ao passo que dois estudos trazem como “não internado”^{54,57}.

O estudo de Ferrando et al. foi o único que descreveu o número de pacientes que foram encaminhados para o serviço ambulatorial, representando um total de 70 (34,8%)⁷⁰.

Tabela 10 - Encaminhamento após atendimento

Autor principal	Internação	Alta ou não internado	Outros
Ambrosetti et al.	29%	57,9%	13,1%
Balestrieri et al.*	36,6%	-	-
Beghi et al.	27,8%	72,2%	-
Capuzzi et al.	53,3%	-	-
Di Lorenzo et al.	22,1%	-	77,9%
Dragovic et al.	36,0%	52,4%	8,1%
Dvorak et al.	18,9%	-	81,1%
Ferrando et al.	61,2%	-	4,0%
Gómez-Ramiro et al.	34,4%	65,6%	-
Gonçalves-Pinho et al.	23,7%	-	-
Mukadam et al.	22,2%	28,0%	49,8%
Pignon et al.	47,9%	45,9%	-

*Dados referentes à amostra selecionada durante o *lockdown*

6. DISCUSSÃO

6.1. Sumário das evidências

Esta revisão sistemática apresentou como objetivo principal descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica e no setor de emergência de hospitais gerais durante a pandemia da COVID-19. Foram incluídos 20 estudos, representando 13 países diferentes e mais de 76.224 pacientes.

Todos os estudos incluídos reportaram uma diminuição no número de atendimentos durante a pandemia quando comparado ao período pré-pandêmico. Essa redução nos atendimentos não se limitou ao setor psiquiátrico e foi reportada também por outros setores de emergência durante o *lockdown*, incluindo hospitais gerais e serviços especializados⁷³⁻⁷⁶, além de consultas ambulatoriais e internações em psiquiatria⁷⁷.

Nos estudos desta revisão, a baixa nos atendimentos variou de 5,7% a 54,8%. Essa variação pode ser resultado das diferenças nas populações estudadas e nas medidas restritivas adotadas por cada país, assim como da gravidade específica da pandemia em cada região. Entretanto, percebem-se diferenças na proporção dos atendimentos inclusive entre estudos que ocorreram no mesmo país^{53,54,59,60,69}.

Possíveis explicações para a redução no número de atendimentos relacionam-se com as medidas restritivas, que incentivaram a população a ficar dentro de casa e dificultaram o deslocamento até o serviço de emergência. Além disso, alguns indivíduos podem ter considerado os serviços de saúde como locais perigosos devido ao risco de infecção a si mesmo ou a pessoas próximas^{30,32,35}. Nesse contexto, apesar dos serviços de emergência permanecerem abertos durante a pandemia, as pessoas podem ter esperado por situações mais graves para considerar sair de casa e buscar ajuda.

Foi encontrado, também, que a maioria dos pacientes atendidos já possuíam histórico de transtorno psiquiátrico ou acompanhamento ambulatorial de psiquiatria em 80% dos estudos que trouxeram essas variáveis. Além disso, 67,1% dos pacientes do estudo de Capuzzi et al. estavam em tratamento psicofarmacológico prévio à assistência emergencial⁶⁰. Esses resultados evidenciam uma maior fragilidade dos portadores de transtornos mentais durante a pandemia, que, ao se deparar com o fechamento dos outros serviços de saúde^{7,41}, encontraram os setores de emergência como único local de atendimento. Além disso, algumas atividades terapêuticas

ofertadas pelos diferentes serviços de saúde foram descontinuadas ou substituídas por encontros telepresenciais e, assim, podem ter influenciado negativamente no quadro clínico de seus pacientes^{46,48,50,51}.

Em relação ao perfil epidemiológico dos participantes, a revisão identifica que a proporção de pacientes masculino-feminino permanece estável e próxima de 1:1 na maioria dos estudos. A idade média dos pacientes atendidos variou de 29,9 a 54,5, e a maioria estava solteira no período do atendimento e não se encontrava empregada. Todos esses achados são consistentes com os resultados de uma revisão sistemática realizada antes do início da pandemia, que avaliou pacientes que visitaram os departamentos de emergência de hospitais gerais por conta de problemas de saúde mental¹⁰.

Através da análise do meio de chegada ao serviço de emergência, pode-se perceber que nos três estudos analisados, cerca de metade dos pacientes chegaram por meios próprios, ao passo que a outra metade chegou por outros meios, principalmente através de ambulância ou acompanhados pela polícia^{58,61,68}.

Dentre os estudos que avaliaram o motivo da procura por emergência ou os sintomas apresentados, sete citaram apenas a presença de comportamento suicida ou não^{54,57,62,64,65,71,72}, e oito descreveram outras apresentações^{53,55,58,60,64,68-70}. Nesses últimos estudos, o comportamento suicida / automutilação se manteve na maioria das vezes (75%) como a apresentação mais frequente entre os participantes. Em concordância com esses dados, a literatura realizada antes da pandemia encontrou também uma quantidade importante de pacientes que buscaram o serviço de emergência como consequência de comportamento suicida ou automutilação^{4,13,78}.

Em relação aos diagnósticos após atendimento nos estudos, encontra-se uma grande variedade nos transtornos mais prevalentes. Transtornos psicóticos foram mais frequentes em 5, transtornos por uso de substância em 3, transtornos de ansiedade em 2, transtornos de personalidade em 2, transtornos do humor em 2 e transtornos depressivos em 1. Ao avaliar essa heterogeneidade, deve-se levar em consideração o contraste sociodemográfico entre as populações estudadas, o estabelecimento que ofertou ajuda (hospital geral ou serviço especializado), a intensidade das medidas restritivas e a quantidade de casos e de mortes por COVID-19 em cada país.

Apesar de um dos objetivos do atendimento de emergência em psiquiatria seja formular uma hipótese diagnóstica, o foco principal se encontra na resolução de

necessidades imediatas do paciente e identificação de fatores precipitantes em tempo hábil². Assim sendo, o diagnóstico inicialmente realizado tem a finalidade de orientar os primeiros cuidados e, muitas vezes, é provisório, podendo mudar conforme avança a avaliação do paciente⁴. Portanto, o acompanhamento contínuo do paciente é de extrema importância para que se encontre o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento mais adequado durante o tempo correto, um processo que foi interrompido para alguns indivíduos com o avanço da pandemia.

Outra função importante do serviço de emergência psiquiátrica é a triagem de novos casos e o encaminhamento mais pertinente, para que se possa dar continuidade à intervenção sobre o evento desencadeante da emergência e oferecer um cuidado integral⁴. Entretanto, a maioria dos estudos incluídos não descreveram quais seriam as outras classificações dos pacientes além de “internados”, “não internados” ou “alta”^{53,54,57,60–64,68,70}. Em contrapartida, os estudos de Di Lorenzo et al e de Mukadam et al. trouxeram respectivamente 7 e 5 classificações de destinos após atendimento, além de hospitalização e alta^{55,69}. Somadas, essas outras opções registraram 77,9% e 49,8% dos pacientes em seus respectivos artigos. Sendo assim, supõe-se que quanto mais opções de cuidado um paciente tem disponível, menores são as chances de hospitalização. As particularidades no cuidado integral de cada país podem justificar também as proporções variadas nas taxas de internação entre os estudos, que de registraram de 18,9% a 61,2% de participantes internados.

Em cinco estudos, não foi relatado se os pacientes não internados receberam alta ou foram encaminhados para outros serviços de saúde, prejudicando, assim, uma análise completa dessa variável^{53,54,57,60,64}.

6.2. Limitações

Essa revisão sistemática apresenta algumas limitações. A variável relacionada à escolaridade dos participantes não foi descrita em nenhum dos estudos encontrados e, por isso, não foi coletada. O registro dessa informação poderia ajudar no estudo sobre os efeitos dos determinantes socioeconômicos sobre o adoecimento mental, que hoje sugere que maiores níveis escolares estão associados à diminuição dos riscos de suicídio consumado⁷⁹ e à saúde mental mais satisfatória⁸⁰.

De modo geral, os dados sobre motivos clínicos da procura em emergência, diagnósticos psiquiátricos, história psiquiátrica pregressa, meio de chegada no serviço de emergência e destino após atendimento foram relatados de forma inconsistente nos vinte estudos, uma vez que os autores utilizaram métodos diferentes para

classificar os participantes. Essas diferenças podem estar relacionadas às diversas formas de prestação de serviços de saúde mental e de emergência para cada país em análise e são comumente observáveis entre estudos epidemiológicos em psiquiatria⁸¹.

A generalização dos resultados para todas as regiões do globo pode ter sido prejudicada principalmente por três fatores: a maioria dos estudos foram conduzidos em áreas urbanas, onde a prevalência de transtornos mentais tende a ser maior em comparação com áreas menos densamente povoadas⁸². Diversos estudos descreveram uma amostra relativamente pequena de um único hospital. Ademais, treze estudos, ou seja, 65% do total, foram realizados no continente europeu, ao passo que não foram encontrados estudos elegíveis realizados na América Latina ou na África. Outrossim, apesar de todos os artigos incluídos descreverem uma redução no número de atendimentos, um estudo ecológico recente realizado no Brasil detectou um aumento nas consultas de urgência em saúde mental durante a pandemia⁷⁷. Destarte, fica clara a necessidade de mais pesquisas nos continentes não abordados nessa revisão, cujas populações podem se comportar de maneira diferente do restante do globo.

7. CONCLUSÃO

Na maioria dos estudos, o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica e de setor de emergência de hospitais gerais durante a pandemia da COVID-19 é caracterizado por uma distribuição masculino-feminino próxima de 1:1, com idade média que varia de 29,9 a 54,5 anos, de maioria solteira no período do atendimento e sem emprego. O comportamento suicida e a automutilação foram as apresentações mais frequentes, ao passo que a prevalência dos diagnósticos após atendimento foi variada entre os estudos, com destaque para transtornos psicóticos e transtornos por uso de substância. Os principais meios de chegada ao serviço foram por meios próprios do paciente (cerca de 50%) e por ambulância ou acompanhados pela polícia. Com o início das medidas restritivas, todos os estudos descreveram uma redução de 5,7% a 54,8% no número de atendimentos, quando comparado a um período pré-pandêmico.

Conclui-se que novos estudos são necessários, principalmente nos países latino-americanos e africanos, em vistas a investigação das potenciais consequências da pandemia de COVID-19 no perfil dos atendimentos dos pacientes em situação de emergência, de etiologia psiquiátrica. Portanto, a coleta das variáveis sociodemográficas e clínicas necessita seguir um padrão, a exemplo de critérios diagnósticos nosológicos e sindrômico, para que se possamos realizar uma análise de dados de maneira mais eficiente e conclusiva.

REFERÊNCIAS

1. Barros REM, Tung TC, Mari JDJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 Oct;32(suppl 2):S71–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&lng=pt&tlng=pt
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
3. Del-Ben CM, Teng CT. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 Oct;32(suppl 2):S67–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600001&lng=pt&tlng=pt
4. Quevedo J, Carvalho AF. *Emergências Psiquiátricas*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Baldaçara L, da Silva AG, Pereira LA, Malloy-Diniz L, Tung TC. The Management of Psychiatric Emergencies in Situations of Public Calamity. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan 28;12(January):1–11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.556792/full>
6. Friedmann CTH, Lesser IM, Auerbach E. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. *Psychiatr Serv* [Internet]. 1982 Aug;33(8):663–4. Available from: <http://eprints.uanl.mx/5481/1/1020149995.PDF>
7. Mari JJ, Gadelha A, Kieling C, Ferri CP, Kapczinski F, Nardi AE, et al. Translating science into policy: mental health challenges during the COVID-19 pandemic. *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb 12;00(00):1–12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462021005004201&tlng=en
8. Galbraith N, Boyda D, McFeeters D, Hassan T. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bull* [Internet]. 2021 Apr 28;45(2):93–7. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056469420000443/type/journal_article
9. Silva CTB da, Spanemberg L, Nogueira EL, Tramunt GK, Jarros RB, Cataldo Neto A. Perfil psiquiátrico e sociodemográfico dos idosos avaliados no pronto-atendimento de um hospital universitário de Porto Alegre. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 8];55(2):164–8. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/55-02/017-PG_164-168_820_perfil_dos_pacientes....pdf
10. Barratt H, Rojas-García A, Clarke K, Moore A, Whittington C, Stockton S, et al. Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. Abe T, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 Apr 27;11(4):e0154449. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0154449>
11. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes Júnior V de

- P, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2019 Apr;41(2):153–67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000200009&tlng=en
12. Coutinho D, Saback E. O histórico da psiquiatria na Bahia. *Gaz Médica da Bahia*. 2007;77(2):210–8.
 13. Baldaçara L, Tung TC, Cordeiro DC, Calfat EB De, Cordeiro Q. *Emergências psiquiátricas*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.; 2020.
 14. Amarante P, Nunes M de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun;23(6):2067–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=pt&tlng=pt
 15. Oliveira LC, Silva RAR da. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 Apr 30;25(1):1–6. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10726>
 16. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2021 Jan;19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100502&tlng=pt
 17. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental Health Care Reforms in Latin America: An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2010 Mar 1;61(3):218–21. Available from: <http://psychiatryonline.org/article.aspx?doi=10.1176/appi.ps.61.3.218>
 18. Amarante P, Freitas F, Nabuco E, Nogueira M, Pande R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. *Cad Bras Saúde Ment*. 2012;4(8):125–32.
 19. Augusto Trinta Weber C, Francisco Juruena M. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Psicol Saúde Doença* [Internet]. 2017 Nov 30;18(3):640–56. Available from: http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/522
 20. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet]. 2001 [cited 2022 Jan 18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 2]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.

html

22. Barros REM. Re-internações psiquiátricas - influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento [Internet]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2012. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-12112012-225207/>
23. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* [Internet]. 2002;1(2):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946858> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1489876>
24. Ujvari SC. *História das Epidemias*. 1st ed. São Paulo: Editora Contexto; 2020. 320 p.
25. World Health Organization (WHO). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 28]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
26. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
27. Goularte JF, Serafim SD, Colombo R, Hogg B, Caldieraro MA, Rosa AR. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2021 Jan;132(September 2020):32–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395620309870>
28. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Nov;293(January):113382. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120312336>
29. Huremović D. *Psychiatry of Pandemics* [Internet]. Huremović D, editor. Cham: Springer International Publishing; 2019. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-15346-5>
30. 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* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
31. Arendt F, Markiewitz A, Mestas M, Scherr S. COVID-19 pandemic, government responses, and public mental health: Investigating consequences through crisis hotline calls in two countries. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020 Nov;265(November):113532. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953620307516>
32. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-

- 19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 Jun;51(April):102092. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820302033>
33. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 May;287(March):112934. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120305400>
 34. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul;7(7):611–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620302030>
 35. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit* [Internet]. 2020 Apr 20;26:1–12. Available from: <https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/924609>
 36. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 Jun;51(April):102076. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201820301878>
 37. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. Hashimoto K, editor. *PLoS One* [Internet]. 2020 Apr 16;15(4):e0231924. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
 38. Hao X, Zhou D, Li Z, Zeng G, Hao N, Li E, et al. Severe psychological distress among patients with epilepsy during the COVID-19 outbreak in southwest China. *Epilepsia* [Internet]. 2020 Jun 22;61(6):1166–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/epi.16544>
 39. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Jul;87(April):100–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159120306267>
 40. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 May;8(5):416–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33836148>
 41. Smith TE, Sullivan A-MT, Druss BG. Redesigning Public Mental Health Systems Post-COVID-19. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 May;72(5):602–5. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.202000400>
 42. Druss BG, Cohen AN, Brister T, Cotes RO, Hendry P, Rolin D, et al. Supporting

- the Mental Health Workforce During and After COVID-19. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 Apr 22;(6):appi.ps.2020005. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.202000509>
43. Perelman J, Chaves P, Gago J, Leuschner A, Lourenço A, Mestre R, et al. Sistema português de saúde mental: avaliação crítica do modelo de pagamento aos prestadores. *Port J Public Heal* [Internet]. 2018 Jan 25;35(3):155–71. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/486052>
 44. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 Apr;16(4):2145–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400014&lng=pt&tlng=pt
 45. Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER de. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2020;45:1–12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101600&tlng=pt
 46. Yue J-L, Yan W, Sun Y-K, Yuan K, Su S-Z, Han Y, et al. Mental health services for infectious disease outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Psychol Med* [Internet]. 2020 Nov 5;50(15):2498–513. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291720003888/type/journal_article
 47. Ren F-F, Guo R-J. Public mental health in post-COVID-19 era. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2020 Aug 12;32(2):251–5. Available from: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no2/dnb_vol32_no2_251.pdf
 48. Torous J, Jän Myrick K, Rauseo-Ricupero N, Firth J. Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Ment Heal* [Internet]. 2020 Mar 26;7(3):e18848. Available from: <http://mental.jmir.org/2020/3/e18848/>
 49. Goldberg JF. Psychiatry's Niche Role in the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2020 Apr 7;81(3). Available from: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2020/v81/20com13363.aspx>
 50. Colbert S-A, McCarron S, Ryan G, McLoughlin DM. Immediate Impact of Coronavirus Disease 2019 on Electroconvulsive Therapy Practice. *J ECT* [Internet]. 2020 Jun;36(2):86–7. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/YCT.0000000000000688>
 51. Sun Y, Bao Y, Kosten T, Strang J, Shi J, Lu L. Editorial: Challenges to Opioid Use Disorders During COVID-19. *Am J Addict* [Internet]. 2020 May 13;29(3):174–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajad.13031>
 52. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 Jun;44(3):559–65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102010000300021&lng=pt&tlng=pt

53. Balestrieri M, Rucci P, Amendola D, Bonizzoni M, Cerveri G, Colli C, et al. Emergency Psychiatric Consultations During and After the COVID-19 Lockdown in Italy. A Multicentre Study. *Front psychiatry*. 2021;12:697058.
54. Beghi M, Brandolini R, Casolaro I, Beghi E, Cornaggia CM, Fraticelli C, et al. Effects of lockdown on emergency room admissions for psychiatric evaluation: an observational study from the AUSL Romagna, Italy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021 Jun;25(2):135–9.
55. Mukadam N, Sommerlad A, Wright J, Smith A, Szczap A, Solomou S, et al. Acute mental health presentations before and during the COVID-19 pandemic. *BJPsych open*. 2021 Jul;7(4):e134.
56. Rodriguez-Jimenez R, Rentero D, Romero-Ferreiro V, García-Fernández L. Impact of outbreak COVID-19 pandemic on psychiatry emergencies in Spain. *Psychiatry Res*. 2021 Jan;295:113581.
57. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. Vol. 74, *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2020. p. 557–9.
58. Seifert J, Meissner C, Birkenstock A, Bleich S, Toto S, Ihlefeld C, et al. Peripandemic psychiatric emergencies: impact of the COVID-19 pandemic on patients according to diagnostic subgroup. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021;271(2):259–70. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01228-6>
59. Stein HC, Giordano B, del Giudice R, Basi C, Gambini O, D'Agostino A. Pre/post comparison study of emergency mental health visits during the COVID-19 lockdown in Lombardy, Italy. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(11):605–7.
60. Capuzzi E, Di Brita C, Caldiroli A, Colmegna F, Nava R, Buoli M, et al. Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Nov;293:113463. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178120331243>
61. Dragovic M, Pascu V, Hall T, Ingram J, Waters F. Emergency department mental health presentations before and during the COVID-19 outbreak in Western Australia. *Australas Psychiatry*. 2020 Dec;28(6):627–31.
62. Dvorak L, Sar-El R, Mordel C, Schreiber S, Tene O. The Effects of the 1(st) National COVID 19 Lockdown on Emergency Psychiatric Visit Trends in a Tertiary General Hospital in Israel. *Psychiatry Res*. 2021 Jun;300:113903.
63. Gómez-Ramiro M, Fico G, Anmella G, Vázquez M, Sagué-Vilavella M, Hidalgo-Mazzei D, et al. Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a worldwide epicentre. *J Affect Disord*. 2021 Mar;282:26–32.
64. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The Impact of COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Department Visits - A

- Descriptive Study. *Psychiatr Q*. 2021 Jun;92(2):621–31.
65. Jhanwar S, Krishnan V, Rohilla J. Consultation-Liaison Psychiatry During COVID-19 Lockdown: A Retrospective Chart Review. *Cureus*. 2020 Oct;12(10):e11048.
 66. Joyce LR, Richardson SK, McCombie A, Hamilton GJ, Ardagh MW. Mental health presentations to Christchurch Hospital Emergency Department during COVID-19 lockdown. *EMA - Emerg Med Australas*. 2021;33(2):324–30.
 67. McAndrew J, O’Leary J, Cotter D, Cannon M, MacHale S, Murphy KC, et al. Impact of initial COVID-19 restrictions on psychiatry presentations to the emergency department of a large academic teaching hospital. *Ir J Psychol Med*. 2021;38(2):108–15.
 68. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschleger A, Amerio A, Aguglia A, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychiatric Admissions to a Large Swiss Emergency Department: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan;18(3).
 69. Di Lorenzo R, Frattini N, Dragone D, Farina R, Luisi F, Ferrari S, et al. Psychiatric Emergencies During the Covid-19 Pandemic: A 6-Month Observational Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:1763–78.
 70. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, Shahar S, Dornbush R, Smiley A, et al. Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *J Psychiatr Res*. 2021 Apr;136:552–9.
 71. McDowell MJ, Fry CE, Nisavic M, Grossman M, Masaki C, Sorg E, et al. Evaluating the association between COVID-19 and psychiatric presentations, suicidal ideation in an emergency department. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253805.
 72. Stroeveer S, Brett C, Michael K, Petrini J. Emergency department utilization for mental health conditions before and after the COVID-19 outbreak. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021 Sep;47(January):164–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675721002710>
 73. Giamello JD, Abram S, Bernardi S, Lauria G. The emergency department in the COVID-19 era. Who are we missing? *Eur J Emerg Med*. 2020;305–6.
 74. Lucero AD, Lee A, Hyun J, Lee C, Kahwaji C, Miller G, et al. Underutilization of the Emergency Department During the COVID-19 Pandemic. *West J Emerg Med*. 2020 Sep;21(6):15–23.
 75. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet* [Internet]. 2020;396(10248):381–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31356-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31356-8)
 76. Thornton J. Covid-19: A&E visits in England fall by 25% in week after lockdown. *BMJ* [Internet]. 2020;369(April):m1401. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1401>
 77. Ornell F, Borelli WV, Benzano D, Schuch JB, Moura HF, Sordi AO, et al. The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a

- nationwide epidemiological study. *Lancet Reg Heal Am*. 2021 Dec;4:100061.
78. Santos ME de S dos, Amor J dos A do, Del-Ben CM, Zuardi AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2000 Oct;34(5):468–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500006&lng=pt&tlng=pt
 79. Bálint L, Osváth P, Rihmer Z, Döme P. Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;190:777–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.011>
 80. Lo CC, Cheng TC. Social Status, Discrimination, and Minority Individuals' Mental Health: a Secondary Analysis of US National Surveys. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2018;5(3):485–94.
 81. Brugha TS, Matthews R, Morgan Z, Hill T, Alonso J, Jones DR. Methodology and reporting of systematic reviews and meta-analyses of observational studies in psychiatric epidemiology: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2012;200(6):446–53.
 82. Reijneveld SA, Schene AH. Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: Community or personal disadvantage? *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(1):2–7.

ANEXO A

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas

Base	Estratégias de busca
PubMed, Cochrane Library, PsycINFO	("COVID-19" OR "COVID 19" OR "COVID-19 Virus Disease" OR "COVID 19 Virus Disease" OR "COVID-19 Virus Diseases" OR "Disease, COVID-19 Virus" OR "Virus Disease, COVID-19" OR "COVID-19 Virus Infection" OR "COVID 19 Virus Infection" OR "COVID-19 Virus Infections" OR "Infection, COVID-19 Virus" OR "Virus Infection, COVID-19" OR "2019-nCoV Infection" OR "2019 nCoV Infection" OR "2019-nCoV Infections" OR "Infection, 2019-nCoV" OR "Coronavirus Disease-19" OR "Coronavirus Disease 19" OR "2019 Novel Coronavirus Disease" OR "2019 Novel Coronavirus Infection" OR "2019-nCoV Disease" OR "2019 nCoV Disease" OR "2019-nCoV Diseases" OR "Disease, 2019-nCoV" OR "COVID19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Disease 2019, Coronavirus" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infection" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "SARS CoV 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infections" OR "COVID-19 Pandemic" OR "COVID 19 Pandemic" OR "COVID-19 Pandemics" OR "Pandemic, COVID-19") AND ("Emergency Services, Psychiatric" OR "Services, Psychiatric Emergency" OR "Services, Emergency Psychiatric" OR "Psychiatric Emergency Services" OR "Emergency Service, Psychiatric" OR "Psychiatric Emergency Service" OR "Service, Psychiatric Emergency" OR "Emergency Psychiatric Services" OR "Emergency Psychiatric Service" OR "Psychiatric Service, Emergency" OR "Psychiatric Services, Emergency" OR "Service, Emergency Psychiatric")
	("COVID-19" OR "COVID 19" OR "COVID-19 Virus Disease" OR "COVID 19 Virus Disease" OR "COVID-19 Virus Diseases" OR "Disease, COVID-19 Virus" OR "Virus Disease, COVID-19" OR "COVID-19 Virus Infection" OR "COVID 19 Virus Infection" OR "COVID-19 Virus Infections" OR "Infection, COVID-19 Virus" OR "Virus Infection, COVID-19" OR "2019-nCoV Infection" OR "2019 nCoV Infection" OR "2019-nCoV Infections" OR "Infection, 2019-nCoV" OR "Coronavirus Disease-19" OR "Coronavirus Disease 19" OR "2019 Novel Coronavirus Disease" OR "2019 Novel Coronavirus Infection" OR "2019-nCoV Disease" OR "2019 nCoV Disease" OR "2019-nCoV Diseases" OR "Disease, 2019-nCoV" OR "COVID19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Disease 2019, Coronavirus" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infection" OR "Infection, SARS-CoV-2" OR "SARS CoV 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infections" OR "COVID-19 Pandemic" OR "COVID 19 Pandemic" OR "COVID-19 Pandemics" OR "Pandemic, COVID-19") AND ("Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Hospital, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospital" OR "Mental Institutions" OR "Institution, Mental" OR "Institutions, Mental" OR "Mental Institution" OR "Hospitals, Mental" OR "Hospital, Mental" OR "Mental Hospital" OR "Mental Hospitals")

Continua

Base	Estratégias de busca
LILACS, SciElo	<p>(“Infecções por Coronavírus” OR “COVID-19” OR “Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Doença por Coronavírus 2019-nCoV” OR “Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan de 2019-2020” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus em Wuhan” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus em Wuhan de 2019-2020” OR “Epidemia de Pneumonia por Novo Coronavírus de 2019-2020” OR “Epidemia pelo Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia pelo Coronavírus em Wuhan” OR “Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019” OR “Epidemia por 2019-nCoV” OR “Epidemia por Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia por Coronavírus em Wuhan” OR “Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Epidemia por Novo Coronavírus 2019” OR “Febre de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV” OR “Infecção pelo Coronavírus de Wuhan” OR “Infecção por Coronavírus 2019-nCoV” OR “Infecção por Coronavírus de Wuhan” OR “Infecções por Coronavírus” OR “Pneumonia do Mercado de Frutos do Mar de Wuhan” OR “Pneumonia no Mercado de Frutos do Mar de Wuhan” OR “Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Pneumonia por Novo Coronavírus de 2019-2020” OR “Surto de Coronavírus de Wuhan” OR “Surto de Pneumonia da China 2019-2020” OR “Surto de Pneumonia na China 2019-2020” OR “Surto pelo Coronavírus 2019-nCoV” OR “Surto pelo Coronavírus de Wuhan” OR “Surto pelo Coronavírus de Wuhan de 2019-2020” OR “Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Surto pelo Novo Coronavírus 2019” OR “Surto por 2019-nCoV” OR “Surto por Coronavírus 2019-nCoV” OR “Surto por Coronavírus de Wuhan” OR “Surto por Coronavírus de Wuhan de 2019-2020” OR “Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Surto por Novo Coronavírus 2019” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS)” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio por Coronavírus”) AND (“Serviços de Urgência Psiquiátrica” OR “Serviços de Emergência Psiquiátrica”)</p>

Continua

Conclusão

Base	Estratégias de busca
LILACS e Scielo	<p>(“Infecções por Coronavírus” OR “COVID-19” OR “Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Doença por Coronavírus 2019-nCoV” OR “Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan de 2019-2020” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus em Wuhan” OR “Epidemia de Pneumonia por Coronavírus em Wuhan de 2019-2020” OR “Epidemia de Pneumonia por Novo Coronavírus de 2019-2020” OR “Epidemia pelo Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia pelo Coronavírus em Wuhan” OR “Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019” OR “Epidemia por 2019-nCoV” OR “Epidemia por Coronavírus de Wuhan” OR “Epidemia por Coronavírus em Wuhan” OR “Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Epidemia por Novo Coronavírus 2019” OR “Febre de Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV” OR “Infecção pelo Coronavírus de Wuhan” OR “Infecção por Coronavírus 2019-nCoV” OR “Infecção por Coronavírus de Wuhan” OR “Infecções por Coronavírus” OR “Pneumonia do Mercado de Frutos do Mar de Wuhan” OR “Pneumonia no Mercado de Frutos do Mar de Wuhan” OR “Pneumonia por Coronavírus de Wuhan” OR “Pneumonia por Novo Coronavírus de 2019-2020” OR “Surto de Coronavírus de Wuhan” OR “Surto de Pneumonia da China 2019-2020” OR “Surto de Pneumonia na China 2019-2020” OR “Surto pelo Coronavírus 2019-nCoV” OR “Surto pelo Coronavírus de Wuhan” OR “Surto pelo Coronavírus de Wuhan de 2019-2020” OR “Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Surto pelo Novo Coronavírus 2019” OR “Surto por 2019-nCoV” OR “Surto por Coronavírus 2019-nCoV” OR “Surto por Coronavírus de Wuhan” OR “Surto por Coronavírus de Wuhan de 2019-2020” OR “Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV)” OR “Surto por Novo Coronavírus 2019” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS)” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)” OR “Síndrome Respiratória do Oriente Médio por Coronavírus”) AND (“Hospital Psiquiátrico” OR “Centro Psiquiátrico” OR “Centro de Saúde Mental” OR “Hospitais de Custódia e Tratamento” OR “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” OR “Hospital Especializado em Psiquiatria” OR “Hospitais Psiquiátricos” OR “Hospital de Custódia e Tratamento” OR “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” OR “Hospital de Saúde Mental” OR “Instituto Psiquiátrico” OR “Instituto de Psiquiatria” OR “Instituto de Saúde Mental” OR “Sanatórios Psiquiátricos”)</p>