



MYLENA MARIA RIBEIRO DE ALMEIDA

**IMPACTOS DA COVID-19, ISOLAMENTO SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO:
FATORES MEDIADORES**

MARABÁ

2021

MYLENA MARIA RIBEIRO DE ALMEIDA

IMPACTOS DA COVID-19, ISOLAMENTO SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO: FATORES MEDIADORES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Psicologia, da Universidade do Sul e Sudeste do Pará como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Caio Maximino

MARABÁ
2021

RESUMO

A Covid-19 é uma infecção respiratória da qual uma das medidas protetivas é o distanciamento social, com as relações sociais limitadas o potencial de produção de sofrimento psíquico é aumentado, sendo assim, para evitar impactos importantes na saúde mental das populações, é fundamental entender como o isolamento, a percepção de solidão, e outros fatores intra- e inter-psíquicos, produzem sintomas de sofrimento psíquico e ansiedade. Para isso, é importante investigar o impacto do isolamento físico e suas consequências, o efeito mediador de fatores intra-psíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão, e aprisionamento), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido/significado êmico atribuído a esta natureza de isolamento. Trata-se de estudo observacional, prospectivo, de coorte, valendo-se da pesquisa quantitativa atrelada à qualitativa, os dados foram levantados por meio de questionário online e posteriormente resposta subjetiva, uma tarefa cognitiva de escrita livre. Em termos absolutos, as pessoas que cumpriram o isolamento social de maneira mais estrita apresentaram mais sintomas de transtornos mentais comuns e reportaram maior ansiedade em relação a sintomas de doenças. Além disso, reportaram sentimentos subjetivos de solidão.

Palavras-chave: Covid-19; Sofrimento Psíquico; Estratégias de Enfrentamento.

ABSTRACT

Covid-19 is a respiratory infection of which one of the protective measures is social distancing, with limited social relationships, the potential for producing psychological distress is increased, so, to avoid important impacts on the mental health of populations, it is essential to understand such as isolation, the perception of loneliness, and other intra- and inter-psycho factors, produce symptoms of psychological distress and anxiety. For this, it is important to investigate the impact of physical isolation and its consequences, the mediating effect of intrapsychic factors (different coping strategies, loneliness, and imprisonment), on anxiety and symptoms of common mental disorders, as well as identifying the repertoire of emic sense/meaning attributed to this nature of isolation. This is an observational, prospective, cohort study, using quantitative research linked to qualitative research, data were collected through an online questionnaire and subsequently subjective response, a cognitive free writing task. In absolute terms, people who adhered to social isolation more strictly had more symptoms of common mental disorders and reported greater anxiety about disease symptoms. Furthermore, they reported subjective feelings of loneliness.

Keywords: Covid-19; Psychic Suffering; Coping Strategies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Frequência de pontuações das escalas SRQ-20, Ansiedade e Solidão de acordo com o gênero.....	31
Figura 2 - Pontuação das escalas SRQ-20, Ansiedade e Solidão de acordo com a frequência de saída.....	36
Figura 3 - Coeficientes de regressão dos padrões β para a relação entre contrastes de isolamento social e SRQ-20 (A) ou Sintomas de ansiedade de doença (B) mediados por estratégias de enfrentamento de fuga/esquiva e solidão.....	38
Figura 4 - Coeficientes de regressão dos padrões β para a relação entre contrastes de isolamento social e SRQ-20 (A) ou Sintomas de ansiedade de doença (B) como mediados por estratégias de enfrentamento distantes e solidão.....	42
Figura 5 - Coeficientes de regressão dos padrões β para a relação entre contrastes de isolamento social e SRQ-20 (A) ou Sintomas de ansiedade de doença (B) como mediados por estratégias de enfrentamento de apoio social e solidão.....	45
Figura 6 - Representação de respostas e categorias encontradas na pesquisa qualitativa.....	50

TABELAS

Tabela 1 - Características da amostra para as fases 1 (pesquisa quantitativa) e 2 (pesquisa qualitativa) do estudo.....	27
Tabela 2 - Pontuação da Escala SRQ-20 de acordo com o gênero.....	32
Tabela 3 - Resumo das estatísticas para pontos de extremidade e covariação principal usadas no modelo por gênero, renda doméstica e uso de serviços de saúde mental.....	33
Tabela 4 - Resumo das estatísticas para variáveis usadas no modelo de frequência de saídas de casa durante a Pandemia COVID-19.....	35
Tabela 5 - Efeitos indiretos para SRQ-20 e ansiedade para a Hipótese 1 - fuga/esquiva.....	39
Tabela 6 - Efeitos indiretos para SRQ-20 e ansiedade para a Hipótese 1 - Distanciamento.....	40
Tabela 7 - Efeitos indiretos para SRQ-20 e ansiedade para a Hipótese 2.....	43
Tabela 8 - Resumo da estatística para variáveis usadas no modelo de consumo de mídia.....	47

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1. Covid 19.....	9
2.2. Isolamento Social e Solidão.....	11
2.3. Sofrimento Psíquico e Consumo de Informações.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. Objetivo geral.....	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. HIPÓTESES.....	17
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
5.1. Métodos de amostragem.....	17
5.2. Critérios de seleção.....	18
5.3. Variáveis e cálculo do tamanho da amostra.....	19
5.4. Delineamento de Pesquisa.....	20
5.5. Instrumentos de coleta.....	20
5.6. Análise e interpretação dos dados.....	21
5.7. Garantia de preservação do sigilo e confidencialidade.....	22
5.8. Forma de acesso às informações e acompanhamento do indivíduo.....	23
5.9. Forma de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	23
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
6.1. Análises Quantitativas.....	25
6.2. Análise Qualitativa.....	48
7. CONCLUSÃO.....	53

Dada a probabilidade de outras ondas COVID-19 em um futuro próximo, as descobertas podem ajudar na construção de políticas para amortecer o impacto de mais isolamento. Estes achados também podem ajudar na construção das políticas de saúde em qualquer futura pandemia. Políticas específicas podem incluir recomendações direcionadas para indivíduos, bem como para instituições, enquadrando atenção à saúde mental principalmente na comunidade, e buscando medidas de apoio social alternativo, ensinando estratégias de enfrentamento específicas para populações vulneráveis, e desinformadas. Em segundo lugar, as descobertas mostram um efeito mediador de fuga-esquiva e estratégias de

enfrentamento de afastamento sobre os efeitos da solidão nas variáveis relacionadas à saúde mental; embora tenha sido apreciada por muito tempo essa solidão é uma construção multidimensional que pode incluir suas próprias estratégias de enfrentamento (por exemplo, Cacioppo et al. 2002; Heinrich e Gullone, 2006 ; Van Buskirk & Duke, 1991), poucos estudos descreveram a relação entre a solidão e outras estratégias gerais de enfrentamento.....	54
8. REFERÊNCIAS.....	57

1. INTRODUÇÃO

As estratégias de saúde pública para a proteção contra a infecção com COVID-19 envolvem isolamento social, quarentena, distanciamento social, e contenção comunitária. Em todos os casos, a quantidade e qualidade das interações sociais diminui. Como as interações sociais são fundamentais para o funcionamento psíquico e bem-estar, o isolamento social tem alto potencial para produzir sofrimento psíquico e, ao final, transtornos mentais.

Além disso, a exposição excessiva a fontes de informação e desinformação sobre a pandemia podem causar ansiedade aos indivíduos, piorando a situação de sofrimento psíquico. Para evitar impactos importantes na saúde mental das populações, é fundamental entender como o isolamento, a percepção de solidão, e outros fatores intra e inter-psíquicos, produzem sintomas de sofrimento psíquico e ansiedade. O possível impacto negativo das estratégias de saúde pública para contenção da COVID-19 sobre a saúde mental é um agravante que deve ser considerado na escolha de políticas complementares.

Uma prioridade imediata na área é coletar dados sobre os impactos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral, dos grupos vulneráveis, e de pacientes infectados com SARS-CoV-2 que devem dar voz aos participantes no sentido de levantar, de modo êmico, os atos de significado que estão presentes na forma como eles/as pensam o isolamento físico. Dentre os objetivos de prioridade imediata, a identificação de mecanismos causais associados aos efeitos sobre a saúde mental, incluindo solidão, sensação de aprisionamento, estratégias de enfrentamento, e consumo repetido de informações derivadas da mídia, é fundamental para a criação de políticas

complementares de saúde mental que diminuam o impacto do isolamento social ao mesmo tempo em que mantenham a efetividade do confinamento comunitário. Assim, entender os mecanismos intra- e inter-psíquicos que prevêm respostas adequadas ou desadaptativas do ponto de vista de saúde mental pode impactar positivamente a criação de políticas e intervenções que mitiguem os efeitos negativos do confinamento comunitário.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Covid 19

O novo coronavírus foi identificado como a causa do surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan, na China em Dezembro de 2019, indicando vários casos de pneumonia inexplicável (SECRETARIA DA SAÚDE, 2020).

Os coronavírus (Cov) são vírus de RNA causadores de infecções respiratórias em humanos e animais, conhecida desde a década de 1960 (FARIAS, 2020). Os tipos de coronavírus conhecidos até o momento são: alfa coronavírus HCoV-229E e alfa coronavírus HCoV-NL63, beta coronavírus HCoV-OC43 e beta coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARS-CoV-2, é o novo coronavírus descrito no final de 2019 após casos registrados na China. Sendo assim, o coronavírus isolado do trato respiratório inferior de pacientes com pneumonia inexplicável em Wuhan é um novo tipo de coronavírus pertencente ao gênero β (beta), causador da pandemia mundial da COVID-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). O Ministério da Saúde também ressalta que os sinais e sintomas clínicos do novo coronavírus são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Porém, podem causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias.

Baseados no estudo de 55.924 casos confirmados, a WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease em 2019, relatou como sinais e sintomas mais comuns: febre (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), dispneia (18,6%), dor de garganta (13,9%), cefaleia (13,6%), mialgia ou artralgia (14,8%), calafrios (11,4%), náuseas ou vômitos (5%), congestão nasal (4,8%), diarreia (3,7%), hemoptise (0,9%) e congestão conjuntival (0,8%). Na maioria dos casos, a doença foi leve e houve recuperação completa. Aproximadamente 80% dos pacientes confirmados em laboratório tiveram doença leve a moderada, que incluiu casos com e sem pneumonia, 13,8% apresentaram doença grave. Sua transmissão se dá através de gotículas e fômites durante o contato próximo desprotegido entre um infectante e infectado (WHO-China Joint Mission, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (2020) aponta que, a maioria dos pacientes com a COVID-19 (cerca de 80%) podem ser assintomáticos e cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte.

As principais ferramentas aplicadas, em maior ou menor grau, por agentes públicos com o objetivo de prevenir a transmissão são o isolamento, a quarentena, o distanciamento social, e a contenção comunitária (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Isolamento se refere à separação de indivíduos portadores de COVID-19 de pessoas não-portadoras, com o objetivo de proteger as pessoas não-infectadas, normalmente ocorrendo em contexto hospitalar. A quarentena – uma das práticas mais antigas e efetivas para o controle de surtos de doenças comunicáveis – envolve a restrição do movimento dos indivíduos e populações que presume-se estarem expostos a uma doença contagiosa, mas que estão assintomáticos, na expectativa de identificar casos positivos após o período de incubação da doença. O distanciamento social se refere à redução de interações entre todos os indivíduos de uma comunidade mais ampla, estejam infectados ou não, e inclui o fechamento do comércio, das escolas, e /ou dos locais de trabalho, e o cancelamento de reuniões públicas. Se essas medidas forem consideradas insuficientes, a contenção comunitária pode ser aplicada, expandindo o distanciamento social para uma quarentena com amplitude em uma comunidade, cidade, ou região, restringindo a movimentação de todos os indivíduos (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Via de regra, os países que adotaram esquemas de contenção comunitária prontamente (i.e., assim que verificou-se estado de transmissão comunitária do coronavírus SARS-CoV-2) tiveram relativo sucesso na redução da mortalidade e da taxa de infecção até o momento (ANDERSON et al.,2020).

Dessa forma, as consequências ligadas ao isolamento social ou distanciamento social, o enfrentamento da doença ou as situações caóticas relacionadas ao luto da perda de familiares e/ou amigos, são contribuintes desencadeadores de alguns problemas relacionados à saúde mental atualmente, tais como: estresse, ansiedade, pânico juntamente com alguns sentimentos de solidão e medo, que podem desenvolver quadros de depressão.

2.2. Isolamento Social e Solidão

Após a chegada da COVID-19 no Brasil, muitos tipos de medidas de controle e prevenção da doença foram tomadas pelas autoridades sanitárias locais em diferentes ambientes administrativos (governo federal, governos estaduais e municipais). Essas medidas se diferenciam de uma região para outra do país, entretanto a medida mais difundida pelas autoridades foi a prática do distanciamento social, entendida de forma geral pela população e pela mídia, como isolamento social.

O termo isolamento refere-se ao ato de distanciar os indivíduos com manifestações respiratórias, suspeita e com confirmação de infecção por coronavírus dos não infectados. Habitualmente é realizada em hospitais, entretanto, há isolamentos domiciliares, onde os indivíduos doentes ou com potencial ficam separados dos outros presentes na casa, utilizando, quando possível, cômodos e materiais distintos dos demais (Cetron & Simone, 2004; CDC, 2020; Ministério da Saúde, 2020a, 2020b).

Em uma pandemia, a quarentena é recomendada, mesmo sendo uma experiência desagradável, inclusive nas famílias, onde existe um sentimento de perda da liberdade, solidão, tédio, suicídios, ataques de pânico e raiva. Crises de ansiedade e pressões psicológicas, assim como sinais e sintomas de transtornos mentais são esperados. A grande questão é que podem comprometer a melhoria do quadro clínico dos infectados.

Dessa forma, ao ser colocado em prática o isolamento social acaba por aumentar as chances do aparecimento do sofrimento em grande parte da população, que é mediado por outras preocupações como: problemas ligados à economia, explosão de notícias, entre outras questões aplicadas à realidade de todos os indivíduos que mantêm relações no dia a dia. Fatores como esses são capazes de ocasionar o aparecimento ou o agravamento de sintomas psicológicos, tais como: ansiedade, estresse e depressão (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020). Vale ressaltar que não existe apenas um grupo específico que venha sofrer com os efeitos do isolamento social, mas sim todas as pessoas das diferentes faixas etárias e grupos sociais estão sujeitos aos efeitos psicológicos ocasionados por esse período de pandemia (Martins & Silva, 2020).

Desse modo, o processo de isolamento social tem causado alguns impactos na vida das pessoas (Ornell, Schuch & Sordi, 2020). As características das relações sociais de alguém não afetam apenas os comportamentos de saúde, mas também podem ter efeitos

diretos no cérebro, biologia e saúde (Cacioppo, Berntson, Sheridan, & McClintock, 2000; Insel e Fernald, 2004).

Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela infecção (Reardon, 2015). Tragédias passadas mostraram que as implicações para a saúde mental pode durar mais tempo e têm maior prevalência do que a própria epidemia e que os impactos psicossociais e econômicos podem ser imensos, se considerarmos sua repercussão em diferentes contextos (Shigemura, 2020; Reardon, 2015). A perda financeira durante a quarentena também se torna um problema socioeconômico sério e mais um fator de risco para os sintomas de distúrbios psicológicos que podem durar vários meses após a quarentena.

O isolamento social produz diversos efeitos psicofisiológicos, cardiovasculares, imunes, e endócrinos; uma metanálise desses efeitos sugeriu que a percepção de apoio social é fortemente correlacionada com níveis mais baixos de atividade autonômica (ex., pressão sanguínea em repouso mais baixa), melhores indicadores de imunovigilância (ex., níveis mais altos de lise de células natural killer), e níveis mais baixos de hormônios do eixo neurovegetativo (ex., níveis mais baixos de catecolaminas urinárias) (UCHINO; CACIOPPO; KIECOLT-GLASER, 1996).

É importante considerar que, em situações de crises e emergências, é esperado um aumento de certo desconforto com as mudanças experimentadas nas rotinas sociais e de trabalho: alterações em rotinas familiares, restrições nos deslocamentos, preocupação com a manutenção financeira, intensificação do trabalho por meio remoto ou dificuldade em manter-se em atividade de trabalho, entre outros pontos (Albert, Younas & Sana, 2020). Por isso, os impactos são enormes, pois, o homem é um ser totalmente sociável e sua interação com o outro é fundamental para formação individual, pois, o indivíduo se constrói enquanto ser a partir das interações sociais (Mello & Teixeira, 2012).

Kim et al. (2018) identificou que o nível de estresse diário e os sintomas de estresse pós-traumático podem ser fatores de risco para a depressão em pessoas em quarentena. Da mesma forma, identificaram fatores psicológicos como medo, tensão, raiva e desconfiança durante o isolamento. Rubin e Wessely (2020) apontam que o medo, a ansiedade e o sentimento de raiva parecem ser os efeitos recentes mais comuns, e que a sensação de “encarceramento” (simbologia para a quarentena como uma medida imposta) tende a maximizar tais efeitos.

O fato de que o isolamento social tem consequências neurológicas e comportamentais semelhantes na filogenia, demonstra a importância do ambiente social para as espécies sociais (Cacioppo, Cacioppo, & Boomsma, 2013; Cacioppo, Cacioppo, & Capitanio, 2013).

De acordo com Vieira (2017/2020), o isolamento social é definido como pouco ou nenhum contato com outros indivíduos, enquanto a solidão, por sua vez, é definida pela falta de conexão emocional com os demais. A solidão em contexto de pandemia é qualitativamente diferente da solidão em outros contextos, pelo fato de ser inescapável.

Portanto, à medida que a prevalência de solidão aumenta, surgem evidências de que ela é um importante fator de risco para resultados ruins de saúde física e mental. Solidão corresponde a uma discrepância entre as relações sociais preferidas e reais de um indivíduo (Peplau & Perlman, 1982). Essa discrepância leva à experiência negativa de se sentir sozinho ou à angústia e disforia de se sentir socialmente isolado. A solidão pode contribuir para uma constelação de disfunções físicas e psiquiátricas e/ou fatores de riscos psicossociais, incluindo sintomatologia depressiva (JT Cacioppo et al., 2010; JT Cacioppo et al., 2006; VanderWeele et al., 2011), alcoolismo (Akerlind & Hörnquist, 1992), pensamentos suicidas (Rudatsikira, Muula, Siziya, & Twa-Twa, 2007), comportamentos agressivos, ansiedade social e impulsividade (S. Cacioppo, Capitanio, & Cacioppo, 2014; Ernst & Cacioppo, 1999; Kearns, Whitley, Tannahill e Ellaway, 2014).

As correlações e consequências da solidão são incontáveis, sendo algumas mais conhecidas, como a depressão e o suicídio (Cacioppo et al., 2010; Venturini & Goulart, 2016), diminuição na qualidade do sono (e. g., Cacioppo et al., 2002), aumentar a severidade dos infartos, e inúmeras outras não descobertas (Abbott et al., 2018; Dahlberga & McKeeb, 2014; Holt-Lunstad, 2017, Lim, Eres, & Vasan, 2020; Lim, Holt-Lunstad, & Badcock, 2020; Mihalopolous et al., 2020; Mushtaq et al., 2014; Ouakinin & Barreira, 2015; Santini, et al., 2020; Valtorta et al., 2016).

2.3. Sofrimento Psíquico e Consumo de Informações

De conceituação variável e delimitação complexa, o sofrimento psíquico é um fenômeno registrado na história e que comumente transparece sob a forma de doenças, transtornos, distúrbios mentais e até loucura, acompanhados de rótulos que produzem estigmas e potencializam o sofrimento (Psíquico 2006). Dentre outras coisas, tal sofrimento quando se relaciona com situações desestabilizadoras e desgastes emocionais, se manifestam por meio de sentimentos de tristeza, frustração, impotência e incapacidade, sendo compatíveis com os Transtornos Mentais Comuns. O sofrimento psíquico na pandemia é resultado pela falta das relações dialéticas que o sujeito mantém com os outros (Melo 2021).

Um importante fator inter-psíquico no impacto negativo dos surtos de doença é o consumo de informações (HOLMES et al., 2020). Sentir-se isolado socialmente aumenta a motivação para uma conexão com outras pessoas, mas também produz uma hipervigilância implícita (não consciente) para ameaças sociais (Cacioppo & Hawkley, 2009). Isso se encaminha a vieses de atenção, confirmação e memória que levam a pensamentos e ações em relação aos outros de uma forma mais negativa, o que por sua vez pode aumentar interações negativas com outras pessoas e alimentam os sentimentos de isolamento (Cacioppo, Cacioppo, & Boomsma, 2013).

Dessa forma, o sofrimento estaria presente nos sentimentos de isolamento social, de perda, de sentimentos aliados à depressão, ansiedade, culpa, humilhação e estresse. Por isso, é possível afirmar que o isolamento em tempos de COVID, vêm afetando a sociedade em diversos aspectos da vida (Larbi; Cexus & Bosco, 2018).

Os indivíduos buscam informação confiável da mídia tradicional ou mídia social sobre as pandemias, procurando guias breves, oportunas, e críticas sobre o que fazer, assim, o consumo de informações pode ser adaptativo e positivo para a saúde mental; entretanto, os relatos da mídia sobre as doenças infecciosas muitas vezes utilizam mensagens que elevam a percepção de risco, potencialmente amplificando a ansiedade do público (p. ex., SELL et al., 2017). As emoções podem ser condicionadas por uma “mídia enfática” (Bakir; McStay, 2018) ou utilizar as crenças dos receptores para convencer a consumir notícias (Pennycook; Rand, 2019).

O confinamento imposto em resposta à pandemia configurou uma situação em que as pessoas gastam mais tempo nas mídias sociais virtuais, na grande busca por notícias ou informações sobre a doença, também conhecida como “infodemia”, resultando em vários efeitos na saúde mental (Ahmad, Murad & Gardner, 2020), isso porque, os dispositivos móveis estão presentes nos mais diferentes tipos de interações, possibilitando que a comunicação atravessasse fronteiras anteriormente demarcadas e conectando pessoas no mundo inteiro.

Atualmente, a facilidade de acesso às tecnologias de comunicação e a transmissão de informações sensacionalistas, imprecisas ou falsas podem aumentar reações sociais prejudiciais, como raiva e comportamento agressivo (Wang, McKee, Torbica & Stuckler, 2019). Porém, no decorrer da circunstância, a tecnologia é o recurso que está sendo um forte aliado no ambiente domiciliar, facilitando a comunicação entre as pessoas, trabalho e estudo, mas também possibilita a troca de informações principalmente a respeito da atual pandemia, e dependendo da veracidade e de como elas são passadas, podem acentuar emoções e atitudes inadequadas (Ornell et al.; 2020).

Sabe-se que a interação social e o suporte social reduzem os níveis de emoções negativas (Hempler, Joensen, & Willaing, 2016). Desta forma deve-se estimular e promover a interação remota entre os indivíduos durante o isolamento social, a fim de reduzir os impactos mentais negativos.

Além do impacto agudo da exposição a notícias sobre a COVID-19, a exposição repetida a informações sobre doenças infecciosas pode exacerbar o sofrimento psíquico e o estresse, amplificar sensações de preocupação, e impactar negativamente o funcionamento psíquico (p. ex., THOMPSON et al., 2017).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Investigar o impacto do isolamento físico e suas consequências (em especial exposição à informação e solidão), o efeito mediador de fatores intra-psíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido/significado êmico atribuído a esta natureza de isolamento.

3.2. Objetivos específicos

1. Analisar o efeito mediador das estratégias de enfrentamento no efeito direto da solidão nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana);
2. Identificar o repertório de significados êmicos atribuídos ao isolamento social na pandemia.

4. HIPÓTESES

- Hipótese 1: Em indivíduos em isolamento, a solidão produzida ativa estratégias de enfrentamento de afastamento e fuga-esquiva, cuja intensidade está correlacionada diretamente com os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns.
- Hipótese 2: O campo semântico do isolamento físico apresenta natureza complexa e multidimensional.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Métodos de amostragem

Para a primeira etapa da pesquisa, as amostras foram obtidas através da distribuição de um formulário do Google (<https://forms.gle/EceiE47HG3Dvbmq56>), contendo 11 seções (incluindo apresentação da pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formulários e escalas, e sessão de debriefing e agradecimento). O formulário foi distribuído através de listas de e-mail, mensagens direcionadas por mensageiros eletrônicos (WhatsApp e Telegram), e postagens em redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, e Mastodon). Portanto, para essa etapa o método de amostragem é equivalente a amostras baseadas em listas de populações com alta cobertura (COUPER, 2000).

Para a segunda etapa da pesquisa, participantes foram contatados após autorização prévia, produzida na sessão de debriefing do formulário de pesquisa da primeira etapa. Ali, os participantes optaram por participar da segunda etapa, disponibilizando aos pesquisadores seu e-mail para contato posterior. Levar-se-á em conta o princípio da técnica da snowball (“bola de neve”) (BIERNACK; WALDORF, 1981), que possibilita que, em algumas situações, os participantes inicialmente contatados indicassem outros participantes, que indicam outros, até que alcançar o ponto de saturação.

Participaram do estudo como um todo 440 participantes maiores de 18 anos, de nacionalidade brasileira. Deste universo, 55 pessoas aceitaram o convite para participar da Fase 2 do estudo. Este estudo investigou o impacto do isolamento físico e suas consequências (em especial exposição à informação e solidão), o efeito mediador de fatores intra-psíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão, e aprisionamento), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido e significado atribuído a esta natureza de isolamento, concebido conforme a perspectiva dos grupos sociais aos quais os participantes do estudo fazem parte.

5.2. Critérios de seleção

Os seguintes critérios de inclusão se aplicam aos participantes da pesquisa:

1. Ser brasileiro/a ou naturalizado/a.

2. Ter mais de 18 anos de idade.

Como consequência, os seguintes critérios de exclusão:

1. Não ser brasileiro/a ou naturalizado/a.

2. Ter menos de 18 anos.

Critérios de exclusão post-facto incluem os seguintes:

1. Respostas aleatórias em uma ou mais escalas do questionário. O responder aleatório será detectado formulário-a-formulário, utilizando-se de escalas de infrequência com limiar de balanceamento de erro (KIM et al., 2018).

2. Valores faltantes em mais de 25% dos itens de uma ou mais escalas do questionário. Os valores faltantes são definidos com ausência de resposta a um dos itens de cada escala.

5.3. Variáveis e cálculo do tamanho da amostra

Para a primeira fase da pesquisa, os seguintes desfechos serão considerados:

- Desfecho primário: Sintomas de transtornos mentais comuns, medidos pela soma de respostas “sim” no Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

- Desfecho secundário: Sintomas de ansiedade associados a doenças, medidos pelos itens da escala de ansiedade para pacientes de ambulatório (OLIVEIRA; SISTO, 2004). A variável independente analisada é o isolamento social, avaliada pela resposta à afirmação “Nesse momento de pandemia, tenho saído de casa com a seguinte frequência” (possibilidades de resposta: Menos de 1 vez por semana, 1-2 vezes por semana, 3-4 vezes por semana, Todos os dias). Serão comparados indivíduos em cada uma dessas categorias. Essa variável interage com as seguintes variáveis independentes:

- Sentimentos de solidão, avaliados pela Escala Brasileira de Solidão UCLA (BARROSO et al., 2016).

- Consumo de informações, avaliado por um inventário de fontes de informação utilizadas pelos respondentes para se informar sobre a COVID-19. Será considerada a seguinte variável como moderadora e mediadora:
- Estratégias de enfrentamento, avaliadas pelo Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

Para a primeira fase, seguiu-se o modelo de FRITZ & MACKINNON (2007), assumindo um poder de 80%, com coeficientes de regressão $\alpha = 0,14$, $\beta = 0,14$, e $\tau' = 0,14$, sendo necessários pelo menos 562 respondentes.

Para a segunda fase, o desfecho primário são as categorias produzidas na tarefa cognitiva de escrita livre. Seguindo critérios de saturação, inicialmente recrutados 50 participantes, e uma curva de acumulação de temas será traçada (TRAN et al., 2012). Se a inclinação local da curva estiver acima de 0.05, mais 50 participantes serão recrutados, e o processo será reanalisado até alcançar a saturação. Através desse modelo, espera-se que pelo menos 100 respondentes sejam necessários, na tarefa cognitiva de escrita livre.

5.4. Delineamento de Pesquisa

O estudo proposto é multimétodo, assentado na interface entre método qualitativo, por um lado, e quantitativo, por outro, visando um mais completo acercamento da questão de pesquisa proposta.

Os procedimentos relativos à coleta em si ocorreram em duas etapas, a saber: 1ª etapa (Estudo Ex-Post-Facto): identificar o impacto do isolamento físico e suas consequências, especialmente o efeito mediador de fatores intra-psíquicos na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns. 2ª etapa (Estudo Qualitativo): refere-se ao levantamento do campo semântico do isolamento físico, identificado a partir do levantamento dos significados êmicos atribuídos a tal construto.

Quando da 1ª etapa da pesquisa, os participantes foram convidados a responder a formulário eletrônico, com os instrumentos de coleta descritos abaixo, com o objetivo identificar os aspectos supracitados. Uma cópia de leitura do formulário pode ser encontrada em <https://forms.gle/9ADT27WcUNSPBPqE6>.

Ao final da referida etapa, os participantes foram convidados, na página de seguimento do formulário, a colaborarem com o 2º momento da pesquisa; caso concordem,

disponibilizaram endereço eletrônico para que recebam as orientações para realização do estudo qualitativo.

O estudo qualitativo compreende a realização de uma tarefa cognitiva de escrita livre, na qual o/a participante responderá a uma pergunta mobilizadora, a saber: “O que lhe vem à cabeça quando você pensa em isolamento físico?”. Em todos os casos, os participantes deverão assinar virtualmente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido próprio para a segunda etapa (<https://forms.gle/Yode45dYbphwHqYJ7>).

5.5. Instrumentos de coleta

Para a primeira etapa da pesquisa, os participantes responderam formulário online na plataforma Google Forms. É um questionário inteiramente online, disponível para todos os brasileiros, o qual busca relatar as reações emocionais diante do isolamento social, sentimento de solidão, sensação de aprisionamento, estratégias de enfrentamento, consumo de informações e como essas sensações e ações afetam tais reações emocionais. O formulário apresenta 11 seções, incluindo apresentação da pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; questionário sócio-econômico. Nele está incluído formulário sócio-econômico, com perguntas sobre gênero, idade, escolaridade, etc.; questionário de práticas de isolamento para detalhamento de qual o grau de distanciamento social aplicado pelos participantes, desenvolvido pelos pesquisadores; Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), para quantificar quais sintomas de transtornos mentais comuns estão sendo apresentados (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008); Escala de Ansiedade em Ambulatório, escala para apontar o grau de intensidade referentes a sintomas físicos e psicológicos relacionados à ansiedade e à doença (OLIVEIRA; SISTO, 2004); Escala Brasileira de Solidão UCLA, usada para descrever a sensação psicológica ao estar sozinho e o modo como o participante se sente (BARROSO et al., 2016); Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, que diz respeito às estratégias que o participante usa para lidar com as dificuldades da vida (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996); Escala de Entrapment para descrever sensações de aprisionamento e de estar "sem saída" (CARVALHO et al., 2011); e um inventário de fontes de informação sobre a COVID-19, desenvolvido pelos pesquisadores. A última seção representa o debriefing, agradecendo a participação, re-apresentando os contatos dos pesquisadores para dirimir dúvidas, indicando o site para o resumo executivo dos

resultados da pesquisa, e possibilitando ao participante a participação na segunda etapa da pesquisa.

Para a segunda etapa, será encaminhado aos participantes que concordaram em ceder seus e-mails para contato um formulário, produzido no Google Forms, contendo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguido do prompt para a tarefa cognitiva de escrita livre.

5.6. Análise e interpretação dos dados

Os dados quantitativos foram analisados através do teste de passos causais de Baron & Kenny (BARON; KENNY, 1986) para cada uma das variáveis conjuntas. O teste assume que a demonstração de uma mediação parcial é mais provável de explicar os dados do que uma mediação completa. Assim, para cada variável, os seguintes passos serão aplicados:

1. Análise do efeito total da variável independente X sobre a variável dependente Y
2. Análise do efeito total da variável independente X sobre a variável de mediação M
3. Análise do efeito de M sobre Y controlado pela variação de X
4. Análise do efeito direto de X sobre Y controlado pela variação de M.

Para cada variável, efeitos significativos nos passos 1 a 3, e ausência de efeito significativo do passo 4, sugerem mediação parcial (JUDD; KENNY, 1981). As análises serão realizadas através do pacote 'mediation' do software R (TINGLEY et al., 2014).

Os dados qualitativos serão sistematizados e analisados com base no modelo de análise de conteúdo temático (BARDIN, 1979). A análise de conteúdo temático é uma tipologia da clássica análise de conteúdo de Bardin, muito utilizada em pesquisas qualitativas em Psicologia Social, bem como nas ciências humanas e sociais. A partir da produção textual dos participantes, serão identificadas as unidades de análise, verificadas as suas frequências, identificadas as que mais saturaram, organizá-las em categorias temáticas, conceituar as categorias, e apresentá-las. Além da descrição textual das categorias e exemplificação com amostras de texto, as categorias e suas relações serão representadas através de gráficos de rede (RICE et al., 2014) construídos com o pacote RQDA do software R (HUANG, 2016).

5.7. Garantia de preservação do sigilo e confidencialidade

Ao assentir de forma voluntária com sua contribuição na pesquisa, o participante tem assegurado o total sigilo de seus dados, assim como de suas respostas, em conformidade com a Res. 466/12 - CNS, que destaca as questões éticas essenciais para a elaboração de pesquisa com seres humanos. As respostas dos participantes não foram associadas aos seus dados, garantindo a sua confidencialidade. Os participantes que aceitaram o convite para participar da 2ª etapa da pesquisa, forneceram seu endereço eletrônico voluntariamente. Esse endereço eletrônico, bem como as respostas de todas as etapas da pesquisa, não foram utilizadas para outros motivos além daqueles explicitados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Finalmente, essas informações não são compartilhadas com terceiros para quaisquer motivos.

5.8. Forma de acesso às informações e acompanhamento do indivíduo

Os participantes da pesquisa puderam ter acesso a um resumo executivo dos resultados do estudo, com linguagem adaptada para o público leigo, que foi disponibilizado em hot site. Os participantes não foram acompanhados pelos pesquisadores posteriormente, dado que o objetivo da pesquisa não é produzir diagnósticos, e os pesquisadores não são técnicos especializados em diagnóstico e aconselhamento. Essa informação consta dos formulários de pesquisa, bem como a informação de que os participantes podem procurar ajuda profissional se assim considerarem importante, e as formas de encontrar essa ajuda no Sistema Único de Saúde.

5.9. Forma de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se deu na plataforma do formulário online. Ao ler o TCLE e clicar em “concordo”, considera-se que o participante concorda com os termos da pesquisa, e está suficientemente esclarecido. Informações de contato (e-mail e telefones) dos pesquisadores principais foram

disponibilizados aos participantes que desejarem mais informações. Além disso, o participante pôde realizar o download de uma versão em PDF, com assinatura eletrônica verificada e criptografada, para registro pessoal.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da primeira etapa foram analisados por análise de mediação e moderação; os dados da segunda etapa foram analisados através de análise temática de conteúdo. Com o grau de isolamento social no Brasil começando a cair rapidamente (<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>), a coleta foi interrompida, alcançando 442 respondentes na primeira etapa (prevíamos 562 respondentes) e 55 respondentes na segunda etapa (prevíamos pelo menos 50 respondentes).

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temático (Bardin, 2013). Análise de conteúdo temático é uma tipologia do conteúdo clássico de Bardin, amplamente utilizada em pesquisas qualitativas em Psicologia Social, bem como na área humana e Ciências Sociais.

Essas estratégias de enfrentamento (“coping”) são esforços cognitivos e comportamentais das pessoas para lidar com situações de estresse, dano, ameaça, ou desafio quando não podem usar rotinas ou respostas automáticas. Esses esforços podem ser conscientes e intencionais, ou inconscientes. Apesar dessas estratégias serem realizadas por indivíduos, é a situação que determina o padrão para estratégias de enfrentamento, e não variáveis pessoais.

Lazarus e Folkman, dois dos pesquisadores mais influentes na área, identificaram oito estratégias. Para essa pesquisa, interessam: fuga-esquiva, que envolve desligar-se ou ficar longe de uma situação estressante e suas consequências comportamentais e cognitivas/emocionais; afastamento, estratégias que são empregadas para desviar a atenção de um fator de estresse e para outros pensamentos ou comportamentos que não estão relacionados com o fator de estresse; suporte social, que envolve buscar apoio de outras pessoas para lidar com o fator de estresse; e reavaliação positiva, estratégias que

são empregadas para reenquadrar positivamente cognitivamente um evento como mais positivo.

Entre as diversas estratégias de enfrentamento existentes, o que determina a sua escolha é a natureza do estressor, as circunstâncias em que ele se reproduz, a história prévia de confronto e o próprio estilo que caracteriza o sujeito, ou seja, como ele enfrentou as situações anteriores. Há dois tipos básicos de indivíduos: aqueles que apresentam tendência evitadora e minimizadora e aqueles com estilo afrontativo ou vigilante (Savóia, Santana e Mejias, 1996). As estratégias de enfrentamento/coping desta pesquisa foram avaliadas através da adaptação brasileira do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1996).

Este estudo investigou o impacto do isolamento físico e suas consequências (em especial exposição à informação e solidão), o efeito mediador de fatores intra-psíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão, e aprisionamento), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido e significado atribuído a esta natureza de isolamento, concebido conforme a perspectiva dos grupos sociais aos quais os participantes do estudo fazem parte.

6.1. Análises Quantitativas

A tabela 1 , apresenta as características da amostra (dados demográficos) para ambas as fases do estudo. Constata-se que o perfil da amostra, referente a orientação de gênero, a predominância do gênero feminino sobre o masculino, tanto na Fase 1 quanto na Fase 2 do estudo. A média de idade dos respondentes é de 28,6 e o nível de escolaridade predominante é de ensino superior completo, tanto na fase 1 (49,5%) quanto na fase 2 (54,5%). Percebe-se também que nas duas fases do estudo o grupo que não faz uso de nenhum serviço de saúde mental é maior nas duas fases do estudo, 79,7% na fase 1 e 74,5% na fase 2. É possível observar também que pouco mais da metade dos respondentes (51%) saíam uma vez ou menos de uma vez por semana durante o isolamento, 27,6% deles saíam de uma a duas vezes por semana, 9,8% saía de três a quatro vezes por semana e 11,6% saíam todos os dias, a porcentagem de respondentes que saem mais de 3 vezes por semana é para trabalho, 83,9% deles na fase 1 e 90% na fase 2.

Tabela 1: Características da amostra para as fases 1 (pesquisa quantitativa) e 2 (pesquisa qualitativa) do estudo.

Característica		N (%)
	Fase 1	
Gênero / Identidade sexual	Feminino	322 (73,2%)
	Masculino	113 (25,7%)
	Prefiro não dizer	2 (0,5%)
	Transexual	1 (0,2%)
	Não binário	2 (0,5%)
Idade	M= 28,6; DP= 9,94; min. 18; máx. 67.	
Nível de educação	Sem educação formal	1 (0,2%)
	Ensino médio incompleto	1 (0,2%)
	Ensino médio completo	99 (22,5%)
	Ensino Superior completo	218 (49,5%)
	Estudos de pós-graduação concluídos (MBA, especialidade, mestrado, doutorado)	121 (17,5%)
Residência	Terra indígena	3 (0,7%)
	Rural	17 (3,9%)
	Urbano	419 (95,4)
Renda familiar	Sem renda fixa	10 (2,3%)
	Até 1x salário mínimo (até \$ 1.045,00)	51 (11,7%)
	De 1x a 3x salário mínimo (de \$ 1.045,00 até \$ 3.115,00)	150 (34,3%)
	De 3x a 5x salários mínimos (R \$ 3.136,00 – R \$ 5.225,00)	105 (24,0%)
	De 5x a 15x salários mínimos (R \$ 5.226,00 – R\$ 15.675,00)	100 (22,9%)
	Mais de 15x salário mínimo (mais de R \$ 15.675,00)	21 (4,8%)

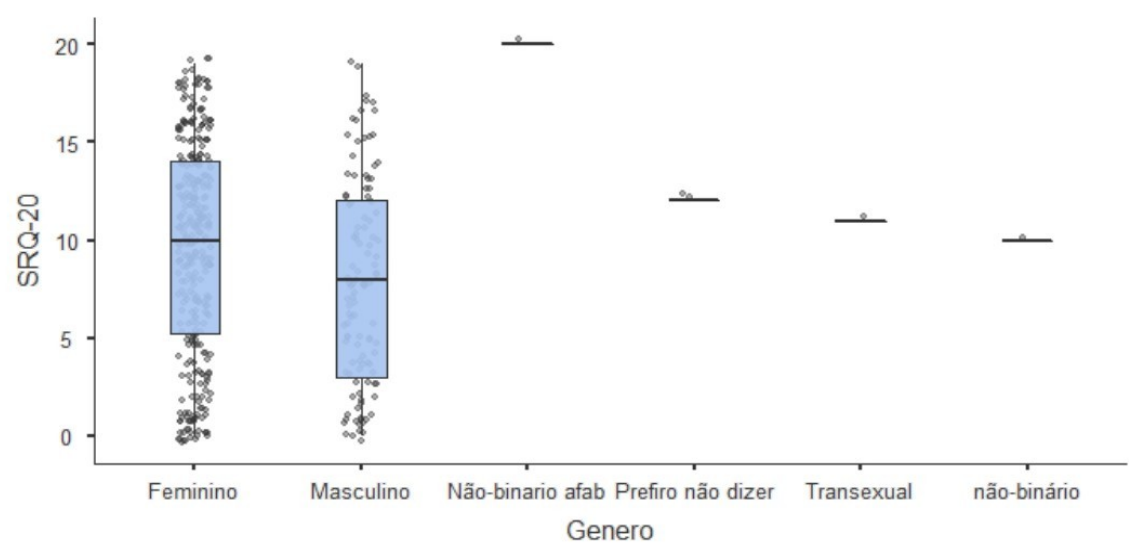
Uso de serviço de saúde mental	O participante não usa nenhum serviço	349 (79,7%)
	Tratamento psiquiátrico privado	29 (6,6%)
	Psicoterapia privada	68 (15,5%)
	Tratamento psiquiátrico público, ambulatório (Centro de Atenção Psicossocial a)	3 (0,7%)
	Centros de internação aguda	2 (0,5%)
	Serviço terapêutico residencial	2 (0,5%)
	Tratamento psiquiátrico ou psicoterápico primário de saúde	2 (0,5%)2 (0,5%)
Cidade em confinamento ou contenção comunitária	sim	386 (87,9%)
	não	53 (12,1%)
Frequência média com que o entrevistado sai do casa por semana	Menos de uma vez por semana	224 (51,0%)
	1-2 vezes por semana	121 (27,6%)
	3-4 vezes por semana	43 (9,8%)
	Todos os dias	51 (11,6%)
	Se 3-4 vezes por semana ou todos os dias, você saiu de casa porque estava trabalhando?	sim 78 (83,9%)
		Não 15 (16,1%)
	Fase 2	
Gênero	Feminino	45 (81,8%)
	Masculino	10 (18,2%)
	Transexual	0
	Não binário	0
Idade	M = 30,4, DP = 8,88, mínimo =	

	18, máximo = 64	
Nível de educação	Sem educação formal	0
	Ensino médio incompleto	0
	Ensino médio completo	6 (10,9%)
	Ensino superior concluído	30 (54,5%)
	Estudos de pós-graduação concluídos (MBA, especialidade, Mestrado, doutorado)	19 (34,5%)
Residência	Terra indígena	0
	Rural	0
	Urbano	55 (100%)
Renda familiar	Sem renda fixa	2 (3,6%)
	Até 1 x salário mínimo até R \$ 1.045,00)	4 (7,3%)
	De 1 x a 3 x salário mínimo (R \$ 1.046,00 – R \$ 3.135,00)	19 (34,5%)
	De 3 x a 5 x salários mínimos (R \$ 3.136,00 – R \$ 5.225,00)	9 (16,4%)
	De 5 x a 15 x salários mínimos (R \$ 5.226,00 – R\$ 15.675,00)	18 (32,7%)
	Mais de 15 x salário mínimo (mais de R \$ 15.675,00)	3 (5,5%)
Uso de serviço de saúde mental	O participante não usa nenhum serviço	41 (74,5%)
	Tratamento psiquiátrico privado	5 (9,1%)
	Psicoterapia privada	10 (18,2%)
	Tratamento psiquiátrico público, ambulatório (Centro de Atenção Psicossocial)	0
	Centros de internação aguda	0
	Serviço terapêutico residencial	0

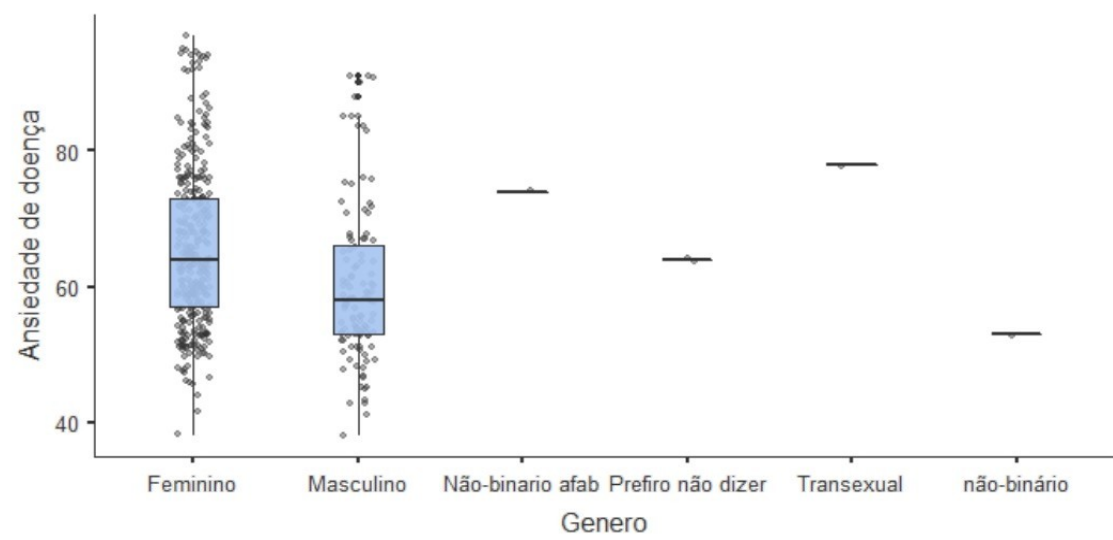
	Tratamento psiquiátrico ou psicoterápico primário configurações de saúde	0
	Configurações de grupo em serviços públicos	3 (5,5%)
Cidade em confinamento e contenção comunitária	sim	48 (87,3%)
	não	7 (12,7%)
Frequência média com que o entrevistado sai de casa	Menos de uma vez por semana	26 (47,3%)
	1–2 vezes por semana	12 (21,8%)
	3-4 vezes por semana	6 (10,9%)
	Todos os dias	11 (20%)
	Se 3-4 vezes por semana ou todos os dias, você saiu de casa porque estava trabalhando?	sim 18 (90%)
		não 2 (10%)

As figuras 1A, 1B e 1C apresentam a frequência de respostas das escalas SRQ-20, Ansiedade e Solidão de acordo com o gênero, além de conter maior quantidade de respondentes do gênero feminino, apresentam mais sintomas de transtornos mentais comuns, ansiedade e solidão. O principal desfecho analisado é a resposta ao Self-report Questionnaire 20, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para triagem de transtornos mentais comuns. O ponto de corte dessa escala é de seis ou mais respostas positivas para homens, e oito ou mais respostas positivas para mulheres (Mari; Williams, 1986). Na amostra, a maioria dos respondentes do sexo feminino que saíram o menor número de vezes de suas casas apresentou escores acima do ponto de corte – isso é, apresentavam sintomas que merecem atenção clínica.

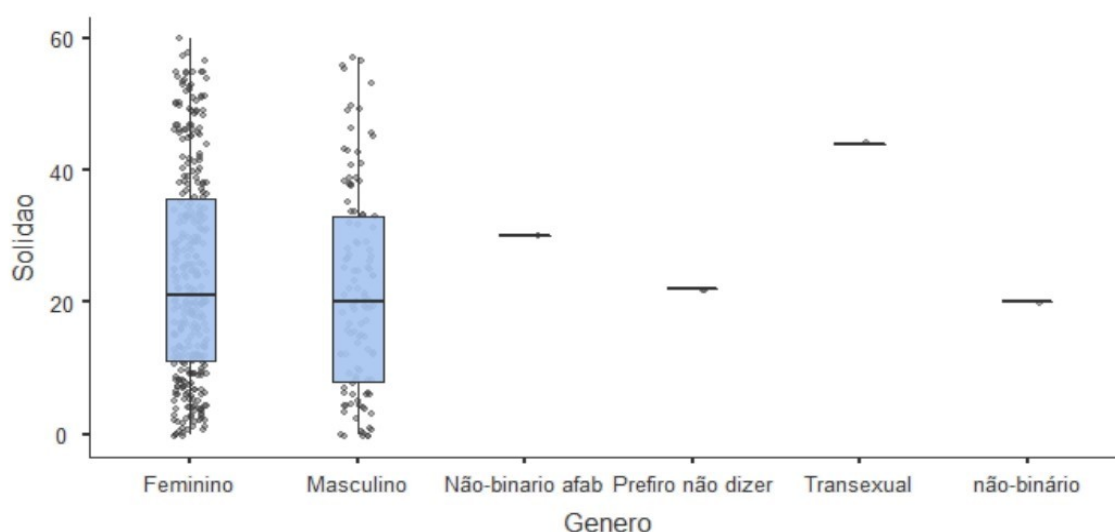
Figura 1- Frequência de pontuações das escalas SRQ-20, Ansiedade e Solidão de acordo com o gênero.



A



B



C

Para os respondentes do sexo feminino, em todos os limites, mais da metade apresentaram escores acima do ponto de corte. Para os respondentes do sexo masculino, somente aqueles que saíam menos de 1 vez por mês apresentavam escores acima do ponto de corte (Tabela 2). Infelizmente, apesar de nossa amostra contar com uma minoria de respondentes transexuais e não- binários, não existem guias de triagem para essas populações.

Tabela 2: Pontuação da Escala SRQ-20 de acordo com o gênero.

Acima do limiar?	Frequência de saída	Feminino	Masculino
não	< 1 vez por semana	39 (23,1%)	21 (73,5%)
	1-2 vezes por semana	30 (34,5%)	25 (100%)
	3-4 vezes por semana	11 (34,4%)	11 (55,6%)
	Todos os dias	13 (39,4%)	10 (58,0%)
sim	< 1 vez por semana	130 (76,9%)	29 (58,0%)
	1-2 vezes por semana	57 (65,5%)	9 (26,5%)
	3-4 vezes por semana	21 (65,56%)	0 (0%)
	Todos os dias	20 (60,6%)	8 (44,4)

A tabela 3 apresenta estatísticas descritivas para SRQ-20, pontuações de ansiedade e solidão separadas por gênero, renda familiar e uso de serviços de saúde. Em geral, os indivíduos não binários parecem mostrar SRQ-20 e escores de ansiedade mais altos,

seguidos por mulheres e homens cisgêneros; o tamanho da amostra de indivíduos não binários tornam essas estimativas irrelevantes por serem pequenas. No entanto, indivíduos que relataram não ter renda familiar, ou ter mais de 15 salários mínimos, tendia apresentar pontuações menores para SRQ-20 e escalas de ansiedade, bem como solidão. Finalmente, em indivíduos em serviços residenciais temporários e sem uso de serviços de saúde mental tiveram as pontuações mais baixas em todas as escalas. Correlações negativas foram observadas entre idade e pontuação SRQ-20 ($r^2 = -0,341$), ansiedade da doença ($r^2 = -0,222$) e solidão ($r^2 = -0,213$).

Tabela 3: Resumo das estatísticas para pontos de extremidade e covariação principal usadas no modelo por gênero, renda doméstica e uso de serviços de saúde mental.

Variável	SRQ-20	Ansiedade de doença	Solidão
Gênero			
Masculino	7,75 ± 5,11	60,2 ± 11,8	21,8 ± 15,4
Femenino	9,59 ± 5,32	65,8 ± 11,9	24,1 ± 15,8
Não binários	15,0 ± 7,07	63,5 ± 14,8	25,0 ± 7,07
Renda familiar			
Sem renda fixa	6,9 ± 4,84	54,6 ± 10,0	18,3 ± 12,6
Até 1 x salário mínimo (até R \$ 1.045,00)	8,88 ± 5,76	67,7 ± 13,2	26,4 ± 17,0
De 1 x a 3 x salário mínimo (R \$ 1.046,00 – R \$ 3.135,00)	10,2 ± 5,19	66,6 ± 13,2	26,5 ± 16,3
De 3 x a 5 x salários mínimos (R \$ 3.136,00 – R \$ 5.225,00)	8,95 ± 5,37	63,7 ± 10,5	22,3 ± 14,1
De 5 x a 15 x salários mínimos (R \$ 5.226,00 – R\$ 15.675,00)	8,7 ± 4,9	61,9 ± 10,5	20,1 ± 14,9
Mais de 15 x salário mínimo (mais de R \$ 15.675,00)	5,71 ± 5,42	61,4 ± 12,0	17,1 ± 12,6
Serviço de saúde mental que usa			
O participante não usa nenhum serviço	8,81 ± 5,25	63,9 ± 11,9	23,0 ± 15,9
Tratamento psiquiátrico privado	11,8 ± 5,65	70,0 ± 13,7	29,1 ± 14,8

Psicoterapia privada	10,4 ± 5,41	65,7 ± 13,2	26,0 ± 13,9
Tratamento psiquiátrico público, ambulatório (Centro de Atenção Psicossocial)	11,7 ± 3,79	66,0 ± 7,81	29,7 ± 19,4
Centros de internação aguda	6,0 ± 7,07	66,5 ± 20,5	22,5 ± 26,2
Serviço terapêutico residencial	12,0 ± 9,9	62,5 ± 20,5	21,5 ± 16,3
Centro de Tratamento psiquiátrico ou psicoterápico primário	10,0 ± 1,41	77,0 ± 4,24	24,5 ± 6,36
Configurações de grupo em serviços públicos	14,0	75,0	45,0

Nota . SRQ-20 = Questionário de autorrelato-20. os indivíduos podem estar em tratamento em mais de um serviço / modalidade.

A análise descritiva, apresentada na Tabela 4 , revela uma série de diferenças entre os níveis de isolamento social em relação aos resultados (SRQ-20 e escores de ansiedade), a covariável (solidão), e os mediadores (estratégias de enfrentamento, enfrentamento). Parece haver um declínio acentuado nas pontuações SRQ-20, com indivíduos que deixaram a casa 3-4 vezes por semana ou todos os dias mostrando pontuações mais baixas do que os indivíduos que saíram de casa menos de uma vez por semana. O isolamento social não parece mudar a ansiedade, nem a dependência de estratégias de enfrentamento; visto que o estudo teve menor poder do que originalmente planejado, essa falta de efeito pode representar um falso negativo. Um declínio acentuado nas pontuações de solidão também foram observadas, novamente com indivíduos que saíram de casa 3-4 vezes por semana ou a cada dia mostrando pontuações mais baixas do que indivíduos que saíram de casa menos de uma vez por semana. Contudo, o isolamento social parece mudar os sentimentos de aprisionamento externo, com participantes que saíram de casa todos os dias mostrando pontuações mais baixas do que participantes que saíram de casa menos de uma vez por semana.

Tabela 4: Resumo das estatísticas para variáveis usadas no modelo de frequência de saídas de casa durante a Pandemia COVID-19.

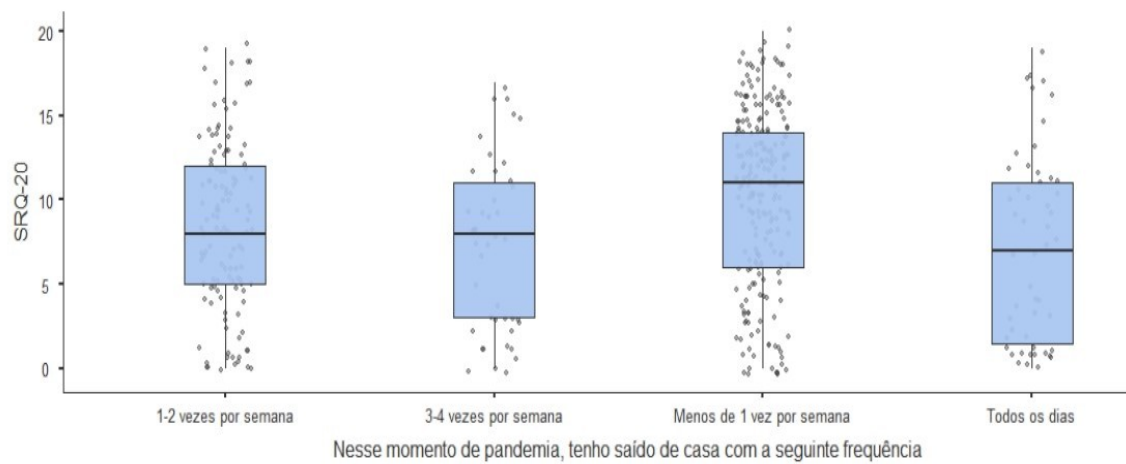
Dados de isolamento social				
Variável	Menos de uma vez por semana M ± DP	1–2 vezes por semana M ± DP	3-4 vezes por semana M ± DP	Todos os dias M ± DP

SRQ-20	10,3 ± 5,19	8,49 ± 5,05	7,14 ± 5,11	7,25 ± 5,67
Ansiedade de doença	65,3 ± 12,1	64,9 ± 12,5	62,7 ± 11,4	60,9 ± 11,3
Solidão	26,8 ± 15,5	22,5 ± 15,0	18,9 ± 16,3	15,6 ± 13,9
Estratégias de enfrentamento				
EE Afastamento	9,96 ± 4,1	9,91 ± 4,21	9,28 ± 4,36	8,65 ± 4,72
EE Fuga/Esquiva	5,72 ± 2,19	5,67 ± 2,17	5,72 ± 2,4	5,02 ± 2,66
EE Suporte social	8,43 ± 4,01	9,39 ± 4,32	9,21 ± 3,66	7,92 ± 3,7
EE Reavaliação positiva	12,5 ± 5,84	13,6 ± 5,56	14,4 ± 5,78	12,1 ± 5,76
EE Aprisionamento externo	18,5 ± 12,6	15,4 ± 12,0	15,3 ± 13,4	9,96 ± 11,3

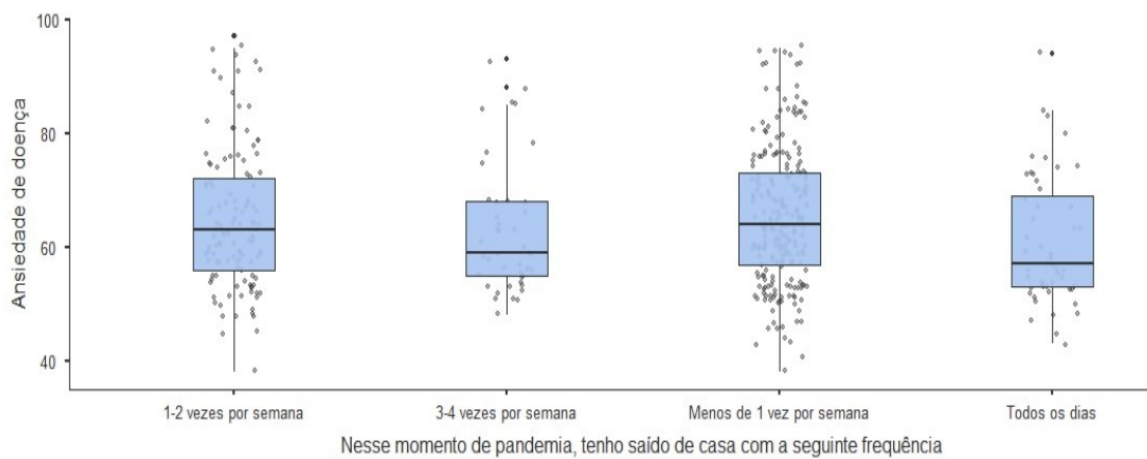
Nota . COVID-19 = doença por coronavírus; DP = desvio padrão; SRQ-20 = Questionário de Autorrelato-20; EE = estratégia de enfrentamento.

Em termos absolutos, nas figuras 2A, 2B e 2C observa-se que as pessoas que cumpriram o isolamento social de maneira mais estrita (i.e., que reportaram ter saído menos de 1 vez por semana ou 1-2 vezes por semana) apresentaram mais sintoma de transtornos mentais comuns (Figura 2A) e reportaram maior ansiedade em relação a sintomas de doenças (Figura 2B, baseada em respostas a uma escala de ansiedade para contextos de ambulatório) (OLIVEIRA & SISTO, 2004), o desfecho secundário. Além disso, as pessoas que cumpriram o isolamento social de maneira mais estrita reportaram sentimentos subjetivos de solidão, conforme medidos pela versão brasileira da Escala de Solidão da UCLA (BARROSO et. al 2016) (Figura 2C).

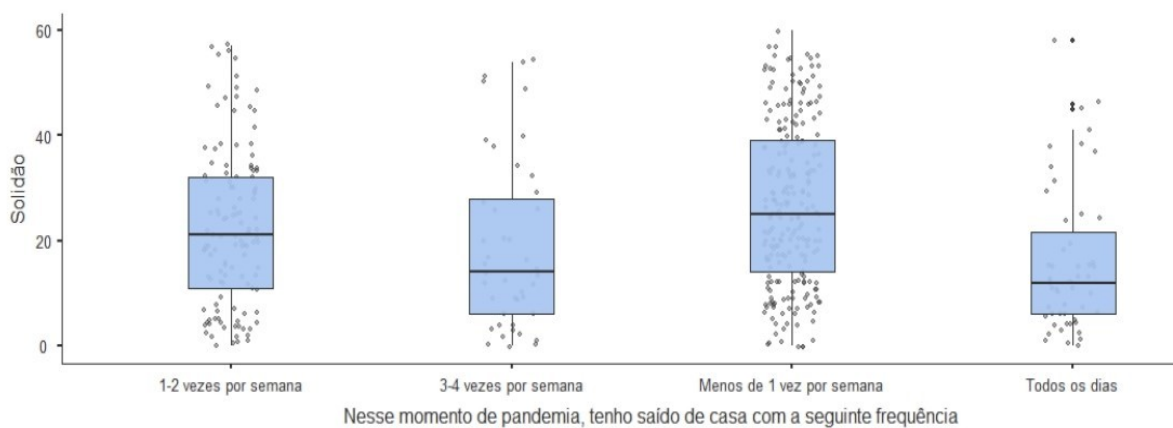
Figura 2 - Pontuação das escalas SRQ-20, Ansiedade e Solidão de acordo com a frequência de saída.



A



B



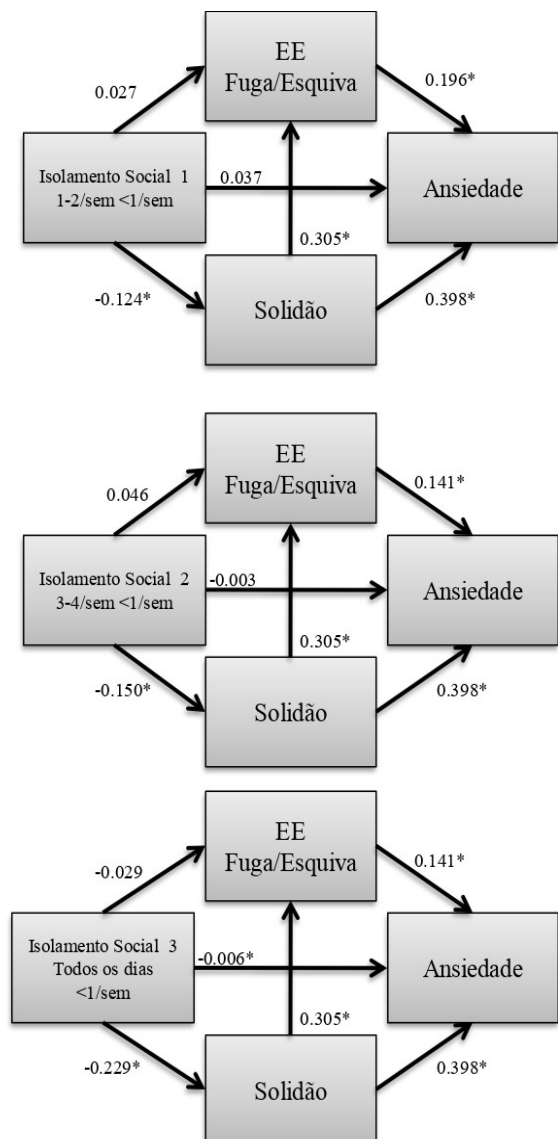
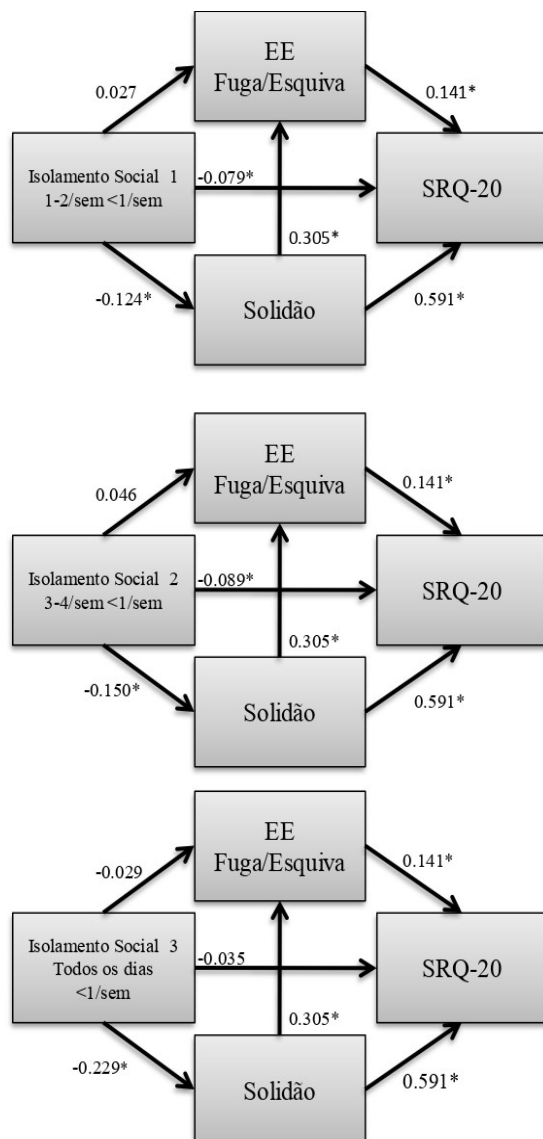
C

A primeira hipótese sugere que em indivíduos em isolamento, a solidão produzida ativa estratégias de enfrentamento de afastamento e fuga-esquiva, cuja intensidade está

correlacionada diretamente com os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns. Os dados coletados deram suporte a hipótese de que a estratégia de fuga-esquiva é um mediador importante dos efeitos da solidão causada pelo isolamento nos sintomas de transtornos mentais comuns, e que há relação entre a solidão e a ansiedade de doença, mas a estratégia de fuga-esquiva não é um mediador dos efeitos do isolamento.

A figura 3 mostra que a relação das pontuações entre solidão e SRQ- 20 foram mediadas por Estratégias de enfrentamento fuga / esquiva dependendo do nível de isolamento social. Como a figura 3A ilustra, para o contraste entre indivíduos que saíram 1-2x / semana contra aqueles que saíram menos de uma vez por semana ("isolamento social 1"), bem como para o contraste entre os indivíduos que saíram 3-4x / semana contra aqueles que saíram de casa menos de uma vez por semana ("isolamento social 2"), o efeito de sair de casa no SRQ-20 foi significativo e negativo. No entanto, o conflito entre indivíduos que deixaram suas casas todos os dias contra aqueles que saíram menos de uma vez por semana ("isolamento social 3"), este efeito direto não foi significativo. A relação entre as pontuações de solidão e ansiedade, também foram mediadas por estratégias de enfrentamento fuga / esquiva de problemas, dependendo do nível de isolamento. Como a Figura 3B ilustra, nenhum dos efeitos diretos foram significativos.

Figura 3 - Coeficientes de regressão dos padrões β para a relação entre contrastes de isolamento social e SRQ-20 (A) ou Sintomas de ansiedade de doença (B) mediados por estratégias de enfrentamento de fuga/esquiva e solidão.



Nota . Isolamento social 1 = contraste entre indivíduos que saíam 1 –2x/semana versus indivíduos que saíam <1x/semana. Isolamento social 2 = contraste entre indivíduos que saíam de casa 3-4x/semana versus indivíduos que saíam de casa <1x/semana. Isolamento social 3 = contraste entre indivíduos que saíam de casa todos os dias e indivíduos que saíam de casa <1x/semana. SRQ-20 = Questionário de autorrelato-20.

Em linhas gerais, indivíduos em isolamento que utilizaram estratégias de fuga/esquiva (p. ex., desejar que a situação acabasse logo, ter fantasias de como seria se a pandemia não tivesse ocorrido) apresentaram níveis elevados de sintomas. O afastamento corresponde a estratégias defensivas, centradas na emoção, nas quais o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação, esforçando-se para o desprendimento e diminuição da intensidade da situação (Kristensen, Schaefer, Busnello 2010; Damião, et

al., 2009). Além disso, a estratégia de afastamento parece não ser mediadora dos efeitos em nenhum dos desfechos, pois desligar-se do isolamento significa se expor ao vírus.

A tabela 5 apresenta efeitos indiretos, que sugerem que, quando comparado com indivíduos saindo de casa todos os dias, para indivíduos em maior isolamento, a relação entre o isolamento e SRQ-20 sintomas foram mediados por solidão e por dependência de estratégias de enfrentamento de fuga / esquiva, apresenta também efeitos indiretos, que sugerem que, para indivíduos em maior isolamento, quando em comparação com todos os outros níveis, o relacionamento entre isolamento e sintomas de ansiedade foi mediado pela solidão e pela confiança em estratégias de enfrentamento de fuga / esquiva. Novamente, os tamanhos dos efeitos eram relativamente pequenos: para cada "degrau" no isolamento social, a ansiedade diminui em 0,2-0,5 pontos na escala.

Tabela 5 - Efeitos indiretos para SRQ-20 e ansiedade para a Hipótese 1 ("em indivíduos isolados, a solidão ativa estratégias de enfrentamento de distanciamento e fuga-esquiva com intensidades que estão diretamente correlacionadas com sintomas de ansiedade e transtornos comuns de saúde"). **Os dados nesta tabela referem-se apenas a estratégias de enfrentamento de fuga / esquiva.**

95% C.I. ^a						
Efeito: SRQ-20	Estimate (SE)	Lower	Upper	β^b	z	p
Isolamento social 1 $\Rightarrow$ Solidão $\Rightarrow$ EE Fuga / esquiva $\Rightarrow$ SRQ-20	-0.0641 (0.03185)	-0.1265	-0.00165	-0.00537	-2.012	0.044
Isolamento social 2 $\Rightarrow$ Solidão $\Rightarrow$ EE fuga / esquiva $\Rightarrow$ SRQ-20	-0.1165 (0.05135)	-0.2172	-0.01585	-0.00649	-2.269	0.023
Isolamento social 3 $\Rightarrow$ Solidão $\Rightarrow$ EE Fuga / esquiva $\Rightarrow$ SRQ-20	-0.1650 (0.06099)	-0.2846	-0.04551	-0.00992	-2.706	0.007
Efeito: Ansiedade						
Isolamento social 1 $\Rightarrow$ Solidão $\Rightarrow$ EE Fuga / evitação $\Rightarrow$ Ansiedade	-0.2014 (0.09602)	-0.3895	-0.0132	-0.00745	-2.0970	0.036
Isolamento social 2 $\Rightarrow$ Solidão $\Rightarrow$ EE Fuga /	-0.3661	-0.6660	-0.0663	-0.00901	-2.3930	0.017

evitação ⇒ Ansiedade	(0.15301)
Isolamento social 3 ⇒ Solidão ⇒ EE Fuga / evitação ⇒ Ansiedade	-0.5187 -0.8662 -0.1711 -0.01377 -2.9251 0.003 (0.17732)

Notas: ^aIntervalos de confiança calculados com o método Delta. ^bBetas são tamanhos de efeito totalmente padronizados.

Notas: a Intervalos de confiança calculados com o método Delta. b Betas são tamanhos de efeito totalmente padronizados. Os valores P em negrito são estatisticamente significativos em alfa = 0,05

A tabela 6 apresenta efeitos indiretos, que sugerem que, em contraste com o isolamento social 2 e isolamento social 3, para indivíduos em maior isolamento, a relação entre isolamento e os sintomas do SRQ-20 eram mediados pela solidão e pela confiança em estratégias de enfrentamento de distanciamento. Os tamanhos de efeito eram relativamente pequenos, no entanto: para cada "degrau" no isolamento social, a ansiedade diminui em 0,11–0,15 pontos na escala quando a solidão e as estratégias de enfrentamento de distanciamento são contabilizados.

Tabela 6 - Efeitos indiretos para SRQ-20 e ansiedade para a Hipótese 1 ("em indivíduos isolados, a solidão ativa estratégias de enfrentamento de distanciamento e fuga-esquiva com intensidades que estão diretamente correlacionadas com sintomas de ansiedade e transtornos comuns de saúde"). **Os dados nesta tabela referem-se apenas a estratégias de enfrentamento de distanciamento.**

95% C.I. ^a						
Efeito: SRQ-20	Estimate (SE)	Lower	Upper	β ^b	z	p
Isolamento social 1 ⇒ Solidão ⇒ EE Distanciamento ⇒ SRQ-20	-0.06079 (0.0316)	-0.1227	0.00113	-0.00509	-1.9241	0.054
Isolamento social 2 ⇒ Solidão ⇒ EE Distanciamento ⇒ SRQ-20	-0.11054 (0.0515)	-0.2115	-0.00954	-0.00616	-2.1451	0.032
Isolamento social 3 ⇒ Solidão ⇒ EE Distanciamento ⇒ SRQ-20	-0.15659 (0.0626)	-0.2792	-0.03399	-0.00941	-2.5034	0.012
Efeito: Ansiedade						

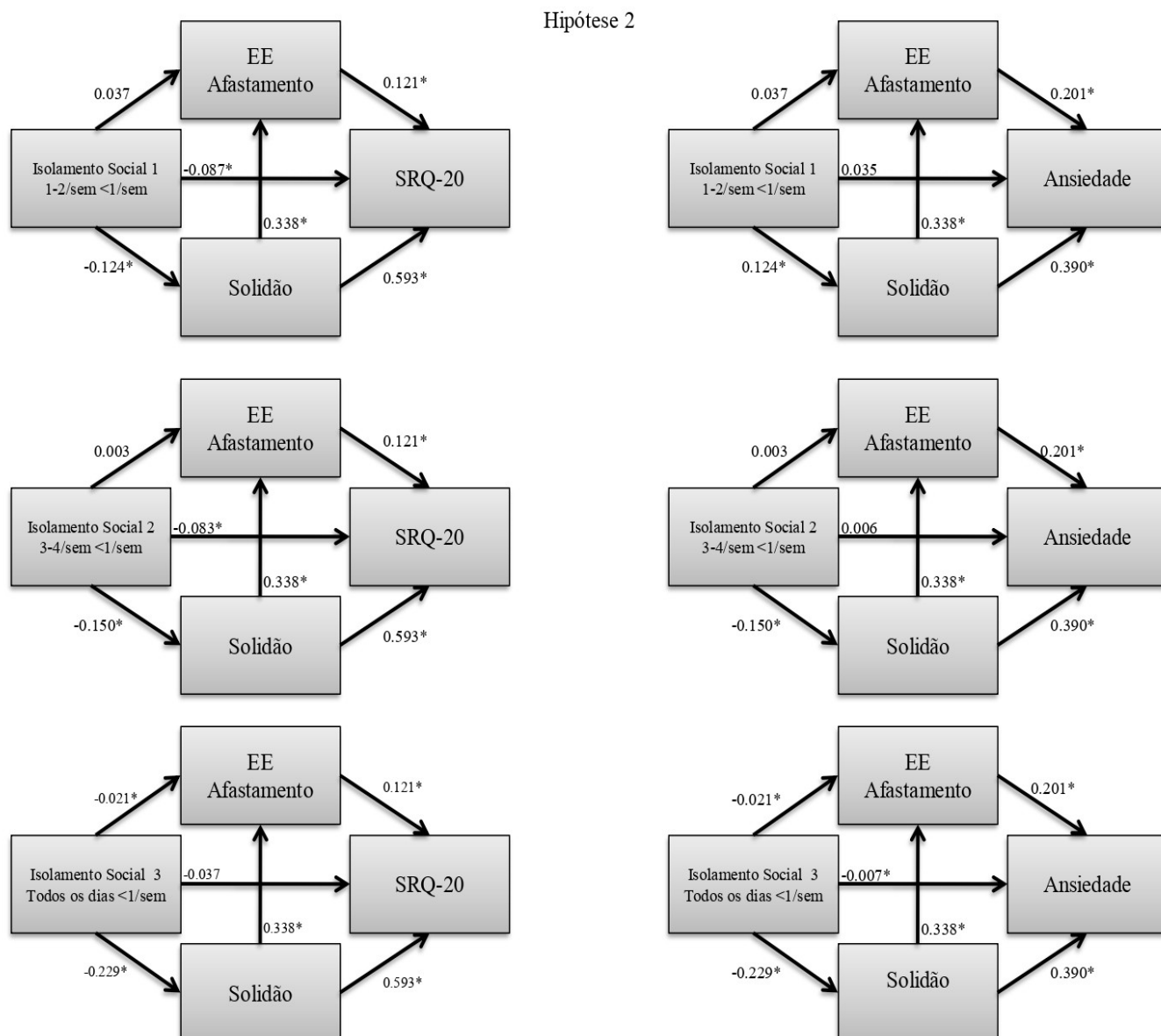
Isolamento social 1 ⇒ Solidão ⇒ EE Distanciamento ⇒ Ansiedade	-0.2290 (0.1077)	-0.4400	-0.0180	-0.00848	-2.1273	0.033
Isolamento social 2 ⇒ Solidão ⇒ EE Distanciamento ⇒ Ansiedade	-0.4165 (0.1708)	-0.7512	-0.0817	-0.01025	-2.4383	0.015
Isolamento social 3 ⇒ Solidão ⇒ EE Distanciamento ⇒ Ansiedade	-0.5900 (0.1961)	-0.9742	-0.2057	-0.01566	-3.0091	0.003

Notas: ^aIntervalos de confiança calculados com o método Delta. ^bBetas são tamanhos de efeito totalmente padronizados. Os valores P em negrito são estatisticamente significativos em alfa = 0,05

A hipótese 2 defende que em indivíduos em isolamento, baixa utilização de estratégias de enfrentamento de suporte social aumentam o efeito da solidão sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns. A estratégia de Suporte Social está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, sendo esse um fator psicossocial positivo, que pode ajudar o indivíduo a lidar com o efeito indesejado do estresse, ao manifestar uma resposta apropriada à situação. O número de pessoas que apresenta problemas relacionados à saúde mental tende a ser maior que o número de pessoas que sofrem diretamente com os efeitos da doença, pois, o processo de isolamento social tem causado diversos impactos na vida das pessoas (Ornell, Schuch & Sordi, 2020). Essa estratégia apresenta três diferentes aspectos: o primeiro deles refere-se à procura de apoio social para encontrar soluções; o segundo é o apoio emocional em amigos e familiares; e o terceiro é o apoio de profissionais (Damião, et al., 2009).

A figura 4A ilustra que, para contrastes de isolamento social 1 e isolamento social 2, o efeito de sair de casa no SRQ-20 foi significativo e negativo. No entanto, o contraste entre os indivíduos que saíram todos os dias contra aqueles que saíram menos de uma vez por semana (“social isolamento 3”), este efeito direto não foi significativo. A relação entre as pontuações de solidão e ansiedade também foram mediadas pelo distanciamento social estratégias de enfrentamento, dependendo do nível de isolamento social. Como a Figura 4B ilustra, nenhum dos efeitos diretos foram significativos.

Figura 4 - Coeficientes de regressão dos padrões β para a relação entre contrastes de isolamento social e SRQ-20 (A) ou Sintomas de ansiedade de doença (B) como mediados por estratégias de enfrentamento distantes e solidão.



Nota . Isolamento social 1 = contraste entre indivíduos que deixaram suas casas 1–2x/semana versus indivíduos que saíram de casa <1x/semana. Isolamento social 2 = contraste entre indivíduos que saíram de casa 3-4 x/semana versus indivíduos que saíram de casa <1x/semana. Isolamento social 3 = contraste entre indivíduos que saíram de casa todos os dias e indivíduos que saíram de casa <1 x/semana.

* $p < 0,05$.

Entretanto, os dados apresentados não dão suporte à hipótese de que a utilização de estratégias de enfrentamento de suporte social medeia o efeito do isolamento nos sintomas de transtornos mentais comuns ou na ansiedade de doença. Cassel (1974) destaca que a sensação de não conseguir controlar a própria vida e a de isolamento social, podem estar diretamente relacionados ao processo saúde-doença, contudo, a

proposta de apoio social mostra que as consequências dessas condições não são necessariamente aplicadas a todas as pessoas e nem são afetadas da mesma maneira, ou seja, o suporte social oferece um apoio que o brasileiro não alcançou no isolamento social que a Covid-19 impôs.

Tabela 7 - Efeitos indiretos para SRQ-20 e ansiedade para a Hipótese 2 (“em indivíduos isolados, pouca dependência de estratégias de apoio social aumenta os efeitos da solidão sobre os sintomas de ansiedade e transtornos mentais comuns”).

95% C.I. ^a						
Efeito: SRQ-20	Estimate (SE)	Lower	Upper	β^b	z	p
Isolamento social 1 ⇒ EE Suporte social ⇒ Solidão ⇒ SRQ-20	-0.00886 (0.0377)	-0.08274	0.0650	-7.43×10^{-4}	-0.235	0.814
Isolamento social 2 ⇒ EE Suporte social ⇒ Solidão ⇒ SRQ-20	-0.00721 (0.0311)	-0.06814	0.0537	-4.02×10^{-4}	-0.232	0.817
Isolamento social 3 ⇒ Solidão ⇒ EE Suporte social ⇒ SRQ-20	0.00468 (0.0206)	-0.03571	0.0451	2.81×10^{-4}	0.227	0.820
Efeito: Ansiedade						
Isolamento social 1 ⇒ EE Suporte social ⇒ Solidão ⇒ Ansiedade	-0.01455 (0.0619)	-0.13582	0.1067	-5.38×10^{-4}	-0.2351	0.814
Isolamento social 2 ⇒ EE Suporte social ⇒ Solidão ⇒ Ansiedade	-0.01183 (0.0510)	-0.11186	0.0882	-2.91×10^{-4}	-0.2319	0.817
Isolamento social 3 ⇒ EE Suporte social ⇒ Solidão ⇒ Ansiedade	0.00768 (0.0338)	-0.05861	0.0740	2.04×10^{-4}	0.2272	0.820

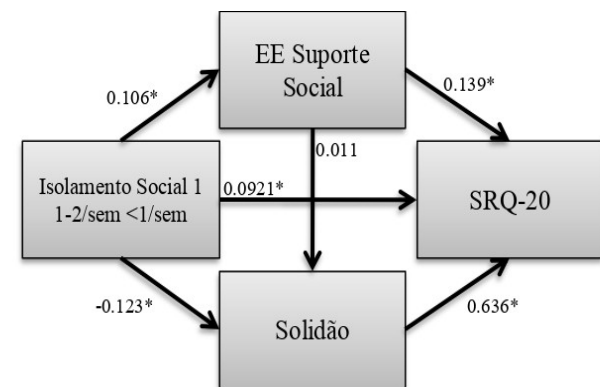
Notas: ^aIntervalos de confiança calculados com o método Delta. ^bBetas são tamanhos de efeito totalmente padronizados.

A hipótese 3 supõe que em indivíduos em isolamento, o Aprisionamento Externo modera o efeito da solidão, de maneira que quanto maior a sensação de aprisionamento externo, maior o efeito da solidão sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais

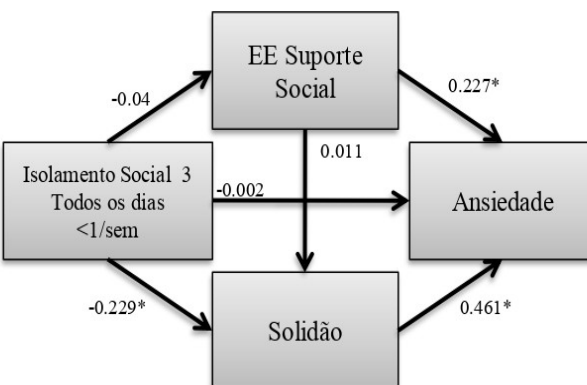
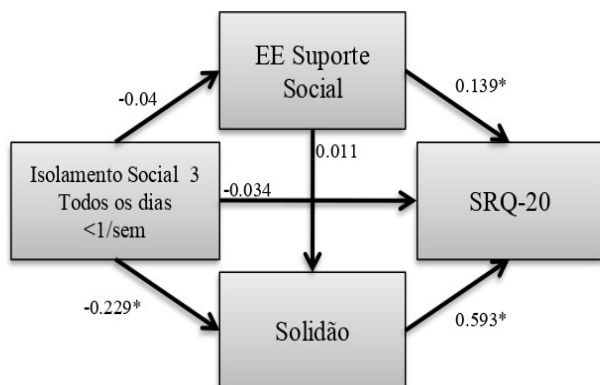
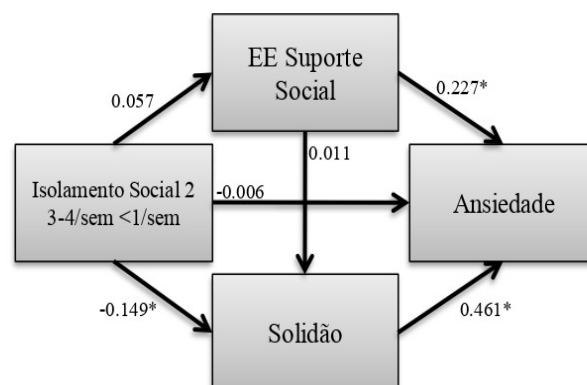
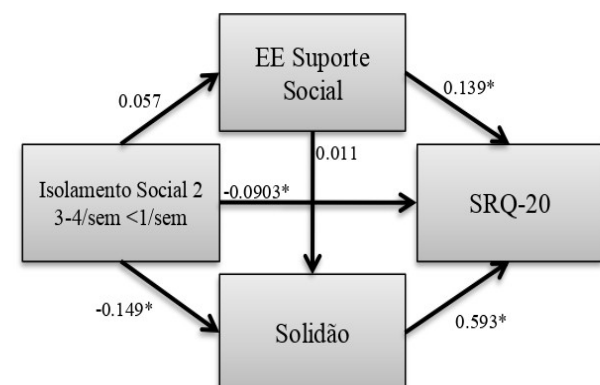
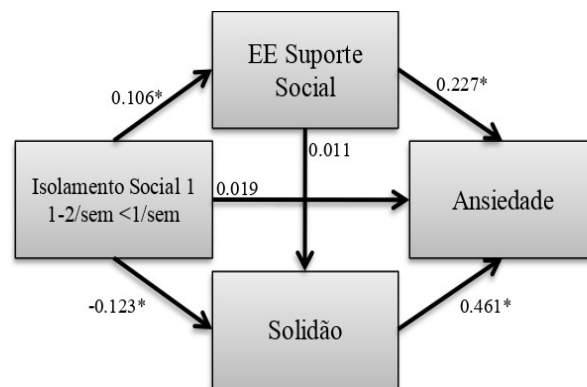
comuns. A sensação de aprisionamento se caracteriza comumente por fugir ou evitar problemas. Quando essas estratégias estão altamente ativadas, mas sua concretização é inibida ou adiada (isso é, quando não é possível evitar a fonte do estresse), isso leva a perturbações emocionais, reações comportamentais anômalas, e respostas fisiológicas anormais. As pessoas podem se sentir fortemente motivadas para “fugir” do isolamento social, mas não existe implementação para essa estratégia. Nesse caso, falamos em aprisionamento externo. Holroyd e Lazarus (1982) apontam que a capacidade e a maneira como o indivíduo utiliza as estratégias de coping podem alterar o funcionamento biológico e, portanto, afetar os resultados de saúde através de uma variedade de mecanismos. A sensação de aprisionamento (“Entrapment”) foi avaliada através das respostas à versão portuguesa da Escala de Entrapment.

Dependência de suporte social não parece impactar o efeito do isolamento social no SRQ-20 sintomas. Como a Figura 5 ilustra, enquanto em contraste com o isolamento social 1 foi um preditor de confiança sobre estratégias de enfrentamento de suporte social (com indivíduos duais que saíram de casa 1-2 x / semana dependendo mais em busca de suporte social do que indivíduos quem saíam de casa menos de uma vez por semana), esta relação não era significativa em outros contrastes de isolamento. Além disso, a dependência às estratégias de enfrentamento de suporte social não previram os níveis de solidão. No entanto, em todos os níveis de contrastes de isolamento social, dependência de suporte social previu Sintomas SRQ-20 (Figura 5A), com indivíduos que buscaram *mais* suporte social mostrando mais sintomas (uma mudança de um ponto no social subescala de suporte indicando uma mudança de 0,1833 ponto no escore SRQ-20). Os efeitos diretos dos dois primeiros contrastes de isolamento social ("isolamento social 1" e "isolamento social 2") também foram estatisticamente significativos, enquanto efeitos indiretos não foram. Um padrão semelhante foi observado com ansiedade de doença (Figura 5B), enquanto ambos os mediadores foram significativamente associados a maior ansiedade, direta (Figura 5B) e indiretamente, os efeitos não foram estatisticamente significativos.

Figura 5 - Coeficientes de regressão dos padrões β para a relação entre contrastes de isolamento social e SRQ-20 (A) ou Sintomas de ansiedade de doença (B) como mediados por estratégias de enfrentamento de apoio social e solidão.



Hipótese 3



Nota . Isolamento social 1 = contraste entre indivíduos que saíram 1-2x/semana versus indivíduos que saíram <1x/semana. Isolamento social 2 = contraste entre indivíduos que saíram de casa 3-4x/semana versus indivíduos que saíram de casa <1x/semana. Isolamento social 3 = contraste entre indivíduos que saíram de casa todos os dias e indivíduos que saíram de casa <1x/semana. SRQ-20 = Questionário de autorrelato-20.

* $p < 0,05$.

Partindo disso, observou-se que o Aprisionamento Externo é um importante moderador do efeito do isolamento sobre os sintomas: indivíduos que saem com menos frequência e que tem menor sensação de Aprisionamento Externo apresentam menor efeito nos sintomas e na ansiedade de doença, enquanto maior sensação de Aprisionamento Externo não afeta os desfechos desses indivíduos. Dito de outra forma: ainda que esses

indivíduos apresentem mais sintomas e ansiedade de doença, o grau com que esses sintomas aparecem depende de como o isolamento social motiva desejos de fuga.

O grau em que uma pessoa experimenta o estresse psicológico, ou seja, o quanto se sente prejudicada, ameaçada ou desafiada, é determinado pela relação entre ela e o ambiente, uma vez que é definido tanto pela avaliação da situação quanto pela avaliação dos recursos de enfrentamento disponíveis (Folkman & Lazarus, 1980 em Dias e Ribeiro, 2019).

A hipótese 4 pressupõe que em indivíduos em isolamento ou não, uso intenso de estratégias de enfrentamento de reavaliação positiva diminuem (moderam) os efeitos do consumo de informações sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns. Em situações de pandemia ou de desastres, o consumo exagerado de informações pela mídia pode influenciar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos, uma vez que a interação social e o suporte social reduzem os níveis de emoções negativas (Hempler, Joensen & Willaing, 2016).

A facilidade de acesso às tecnologias de comunicação e a transmissão de informações sensacionalistas, imprecisas ou falsas podem aumentar reações sociais prejudiciais, como raiva e comportamento agressivo (Wang, McKee, Torbica & Stuckler, 2019). Porém, as estatísticas descritivas para cada tipo de mídia encontradas na Tabela 7, sugerem que, para Mídia “tradicional” (rádio, TV, jornais impresso ou online), frequência de consumo das informações relacionadas ao COVID-19 não aparecem para modular o sofrimento psicológico. No entanto, para mídia social (Facebook, Twitter, Instagram), o maior a frequência de olhar ou consumir informações sobre COVID-19, maior a angústia psicológica; a confiança na reavaliação positiva as estratégias de enfrentamento não variaram com a frequência. A frequência de uso de mensagens instantâneas para COVID-19 informações relacionadas não parecem estar ligadas a Pontuação SRQ-20, mas aumenta dependendo da frequência na ansiedade da doença e na reavaliação positiva foram aparentes. Maior frequência de vídeos do YouTube ou podcasts para informações relacionadas ao COVID-19 pareceu aumentar a ansiedade da doença, mas não Pontuações SRQ-20 ou reavaliação positiva.

Confiança na estratégia de enfrentamento de reavaliação positiva foi examinado como moderador da relação entre a frequência de consumo de informações relacionada às pontuações COVID-19 e SRQ-20 ou escores de ansiedade da doença. Frequência da

mídia (rádio, TV, jornais impressos ou online, redes sociais, mensageiros instantâneos, Youtube, podcasts) informações e estratégias de enfrentamento de reavaliação positiva foram inseridos como a primeira etapa na regressão da análise. Na segunda etapa, o termo de interação entre essas variáveis foi inserido. Testes separados foram feitos para cada uma das fontes de informações. As inclinações não diferiram significativamente de zero em qualquer nível do moderador para rádio ou TV para nenhum dos pontos finais.

Tabela 8 - Resumo da estatística para variáveis usadas no modelo de consumo de mídia.

Dados de consumo de mídia						
Variável	Menos de 1x/seman a $M \pm DP$	1 x - 3 x / semana $M \pm DP$	> 4 x / semana $M \pm DP$	1 x / dia $M \pm DP$	2 x - 3 x / dia $M \pm DP$	> 4 x / dia $M \pm DP$
Rádio						
N	352	30	15	8	2	3
SRQ-20	9,15 $\pm$ 5,25	9,43 $\pm$ 6,11	11,3 $\pm$ 3,92	7,25 $\pm$ 6,45	2,0 $\pm$ 2,83	12 $\pm$ 3,61
Ansiedade	64,3 $\pm$ 11,8	65,9 $\pm$ 13,4	67,0 $\pm$ 9,7	63,9 $\pm$ 10,1	40,5 $\pm$ 3,54	59,0 $\pm$ 10,6
EE Reavaliação Positiva	12,9 $\pm$ 5,76	12,6 $\pm$ 5,8	13,7 $\pm$ 5,49	15,6 $\pm$ 5,1	11,5 $\pm$ 6,36	8,67 $\pm$ 6,03
Televisão						
N	141	111	91	51	24	10
SRQ-20	9,06 $\pm$ 5,39	9,42 $\pm$ 5,25	10,1 $\pm$ 5,22	7,8 $\pm$ 5,0	7,71 $\pm$ 5,43	12,9 $\pm$ 6,42
Ansiedade	63,4 $\pm$ 12,3	64,1 $\pm$ 11,1	66,2 $\pm$ 12,4	65,1 $\pm$ 13,5	62,5 $\pm$ 9,6	71,7 $\pm$ 15,0
EE Reavaliação Positiva	12,8 $\pm$ 6,08	12,9 $\pm$ 5,82	13,5 $\pm$ 5,14	12,3 $\pm$ 5,99	12,8 $\pm$ 5,41	13,0 $\pm$ 4,64
Jornais impressos ou online						
N	155	77	91	42	24	32
SRQ-20	8,33 $\pm$ 5,18	8,62 $\pm$ 5,43	11,2 $\pm$ 4,74	9,07 $\pm$ 5,12	8,92 $\pm$ 5,2	10,5 $\pm$ 6,02

Ansiedade	63,1 ± 12,3	64,2 ± 10,8	68,4 ± 12,2	61,8 ± 9,19	62,7 ± 11,2	66,6 ± 13,8
EE Reavaliação Positiva	13,2 ± 5,32	12,8 ± 6,03	13,3 ± 5,78	11,8 ± 6,06	11,5 ± 5,83	13,4 ± 5,71
Redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram)						
N	56	80	126	61	34	70
SRQ-20	7,38 ± 5,64	8,61 ± 5,08	10,6 ± 4,94	8,28 ± 5,45	7,79 ± 5,16	10,9 ± 4,84
Ansiedade	60,4 ± 11,3	65,9 ± 13,1	66,3 ± 11,7	63,2 ± 10,9	60,7 ± 11,6	67,4 ± 12,1
EE Reavaliação Positiva	13,4 ± 5,45	13,9 ± 5,49	13,1 ± 5,77	13,6 ± 5,45	10,4 ± 6,59	12,5 ± 5,69
Mensageiros eletrônicos (Whatsapp, Telegram)						
N	123	78	105	46	19	53
SRQ-20	9,33 ± 5,16	8,51 ± 5,61	10,0 ± 4,98	8,15 ± 5,68	7,47 ± 4,97	10,3 ± 5,42
Ansiedade	62,2 ± 11,2	63,7 ± 12,2	67,1 ± 12,5	64,1 ± 11,0	62,5 ± 11,1	68,3 ± 12,9
EE Reavaliação Positiva	11,5 ± 5,43	13,8 ± 5,8	13,5 ± 5,8	13,6 ± 6,05	12,4 ± 5,51	13,6 ± 5,26
Vídeos do youtube						
N	223	59	63	36	13	18
SRQ-20	9,07 ± 5,27	10,0 ± 5,34	9,62 ± 4,89	7,89 ± 5,21	8,62 ± 6,4	11,4 ± 4,77
Ansiedade	63,7 ± 11,2	67,5 ± 12,8	63,2 ± 11,3	63,5 ± 12,5	60,7 ± 10,3	72,9 ± 14,8
EE Reavaliação Positiva	13,0 ± 5,71	11,5 ± 5,89	13,4 ± 5,41	13,5 ± 5,98	13,0 ± 6,38	14,3 ± 5,67
Podcasts						
N	302	48	30	14	5	5

SRQ-20	9,03 ± 5,1	10,0 ± 5,74	10,3 ± 6,04	8,0 ± 4,08	15,4 ± 1,34	13,0 ± 6,2
Ansiedade	64,0 ± 11,3	65,2 ± 13,5	65,8 ± 11,4	61,4 ± 8,93	83,0 ± 20,1	75,6 ± 16,2
EE Reavaliação Positiva	13,1 ± 5,69	12,1 ± 5,66	12,7 ± 5,87	11,4 ± 5,83	15,8 ± 7,16	11,6 ± 6,54

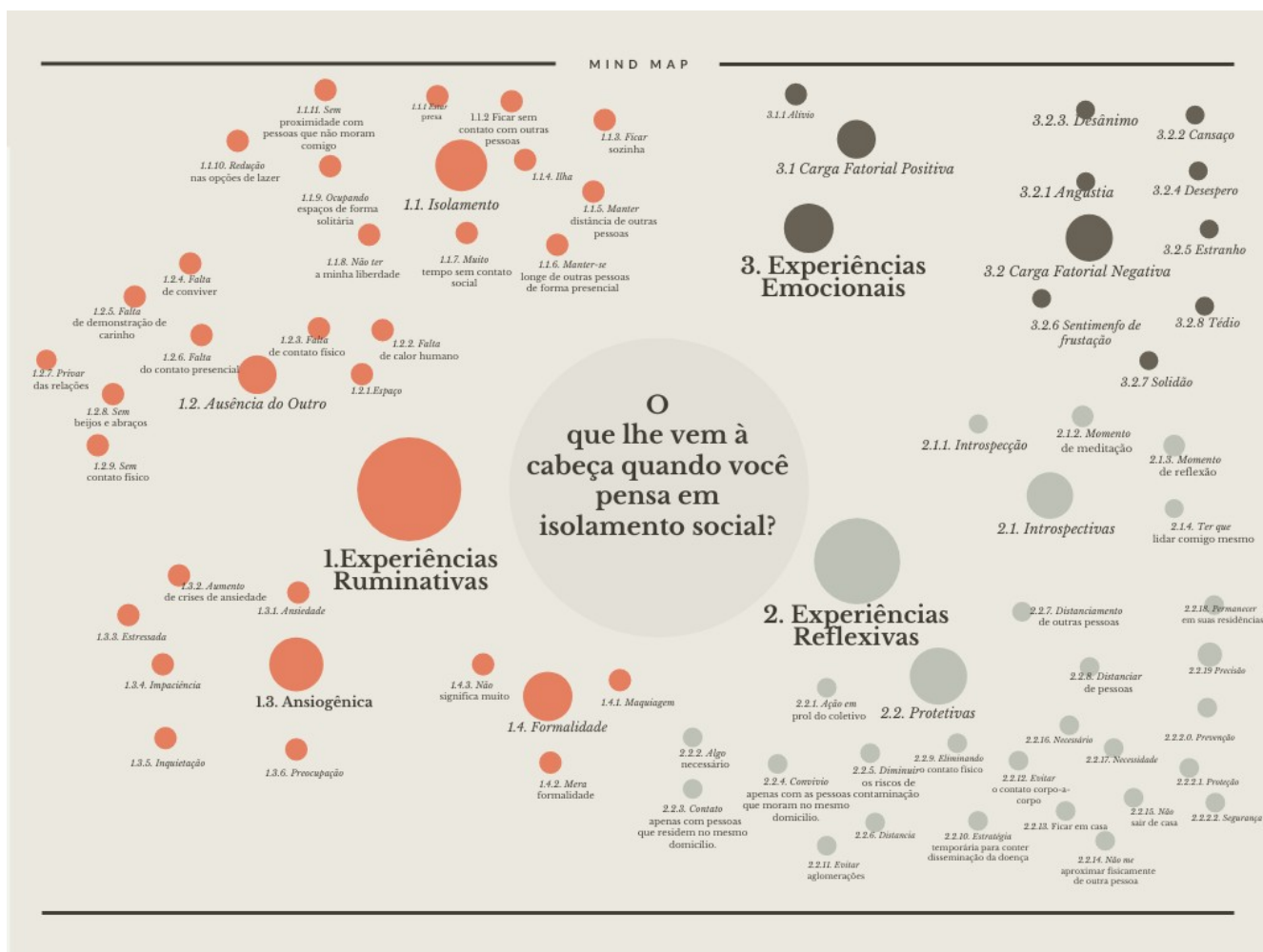
Nota . EE = estratégia de enfrentamento; DP = desvio padrão da média; SRQ-20 = Questionário de autorrelato-20. O tamanho total da amostra para cada tipo de mídia não é adicionado ao tamanho da amostra final devido à falta de dados.

Observou-se uma variação nos sintomas em função do tipo de mídia utilizada: indivíduos consumindo informações provenientes principalmente das redes sociais, de mensageiros (p. ex., WhatsApp), de podcasts, e de vídeos no YouTube apresentaram maiores sintomas quando a checagem de informações é mais frequente. Nossos dados não apoiam a hipótese de que o uso de estratégias de reavaliação positiva moderam esse efeito para qualquer mídia, ou seja, o consumo das notícias ruins é elevado e impossibilita uma adaptação emocional para encarar o problema como passageiro ou enxergar uma possível solução. Pode-se dizer também que os níveis de solidão e ansiedade elevados foram importantes nesse processo.

6.2. Análise Qualitativa

A hipótese 5 sugere que o campo semântico do isolamento físico apresenta natureza complexa e multidimensional. Com o propósito de levantar o repertório de significados atribuídos ao isolamento social na pandemia do SARS-COVID 19, concebido em respeito à perspectiva dos grupos sociais aos quais os participantes do estudo fazem parte, a fim de identificar como as pessoas estão vivenciando o isolamento social de um ponto de vista subjetivo, constata-se que dentre os participantes do presente estudo, há a emergência de significados que apontam para três tipos de experiência, a saber: reflexiva, ruminativa e emocional. Os dados coletados, quando submetidos ao modelo da Análise de Conteúdo Temático (BARDIN, 2009), tornaram os tipos de experiências supracitados em três categorias, as quais serão apresentadas na figura 6 em respeito aos respectivos níveis de saturação.

Figura 6 - Representação de respostas e categorias encontradas na pesquisa qualitativa.



Experiências Reflexivas

O conceito de “inner speech” (WERTSCH & VSTONE, 1985) é um recurso de mediação utilizado pela criança para promover a internalização das experiências por ela vividas em interação. Trata-se de um recurso mediador da experiência e da representação que a criança faz dessa experiência em seu cérebro. Portanto, uma das funções cerebrais superiores, o raciocínio, assim como a linguagem, é um artefato cultural de mediação e por meio dele, somos capazes de mediar a experiência. Em meio aos processos cognitivos que influenciam a aprendizagem, a reflexão nos chama a atenção em função de sua natureza mediadora.

A categoria que mais saturou na coleta foi a das “Experiências Reflexivas” compreendendo um conjunto de experiências de avaliação positiva direcionadas a própria pessoa, quando da vivência do isolamento físico por ocasião da pandemia. Tal categoria é composta por duas subcategorias, a das “Experiências Reflexivas Protetivas” e a das “Experiências Reflexivas Introspectivas”. A primeira delas revelou um repertório

caracterizado por ideias de que o isolamento é “necessário”, tem um caráter “preventivo”, gera “segurança”, se presta a “diminuição de riscos de contágio”, bem como, é importante para a “proteção da coletividade”, uma vez que as pessoas são orientadas a não saírem ou saírem pelo tempo estritamente necessário de suas casas, a fim de tentar impedir a propagação de um vírus pelo contato entre indivíduos infectados e não infectados que circulam, normalmente, pelos ambientes públicos (Dias JAA, et al 2020).

Contudo, vale destacar que, mesmo de modo menos expressivo, esta natureza de experiência também mobilizou um repertório de sentido e significado que aponta para um movimento de introspecção ocasionado pelo isolamento físico, como se pode observar na subcategoria “Experiências Reflexivas Introspectivas”, representadas pelas unidades de análise “introspecção”, “momento de meditação”, “momento de reflexão” e “ter que lidar comigo mesmo”. Dessa forma, percebe-se que, alguns participantes conseguem significar o isolamento como um meio para a obtenção de um fim (diminuição do contágio) e veem tal estratégia como algo necessário, e alguns respondentes ainda conseguem significar o isolamento como uma experiência pessoal, para voltar-se para as próprias questões e usá-lo de alguma forma, para refletir acerca do momento vivido.

Experiências Ruminativas

Os dados revelaram que as experiências subjetivas vivenciadas pelos participantes ao longo do isolamento físico, também têm incidido de modo tenso e ansioso sobre si mesmo, o que se faz perceber quando da emergência da categoria “Experiências Ruminativas”, a qual se constitui por quatro subcategorias: isolamento; ausência do outro, ansiogênica e formalidade, em respeito aos respectivos níveis de saturação. A subcategoria isolamento faz referência a um repertório de sentido que descreve o ato de estar e se sentir só, sem contato com outras pessoas, ter limitada sua capacidade de ir e vir, o que pode ser percebido pelas unidades de análise “ficar sozinha”, “ilha”, “estar presa” e “não ter minha liberdade”. Ausência do outro é a subcategoria que aglutina um repertório com significados que apontam para a falta que a relação, o encontro presencial com a outra pessoa tem acarretado na vida dos respondentes, o que pode ser percebido através das seguintes unidades de análise: “falta de calor humano”, “falta de conviver”, “falta de demonstração de carinho” e “falta de contato presencial”.

Ao nos depararmos com expressões como “ansiedade”, “preocupação”, “estresse”, “aumento das crises de ansiedade” e “inquietação”, estamos a falar da subcategoria

denominada ansiogênica a qual integra um sentido que aponta para indícios da presença de situações de sofrimento psíquico ou agravamento de quadros neuróticos já existentes. A subcategoria denominada formalidade, diz respeito ao ajuntamento de expressões que fazem alusão a um sentido de cumprimento de norma, pouco importante e superficial, o que pode ser observado nas unidades de análise a seguir: “mera formalidade”, “não significa muito” e “maquiagem”. Nota-se nessa Categoria, que os significados ruminativos atribuídos ao isolamento são os mais diversos, pairando entre solidões e ansiedades, indiferenças e faltas. Tal categoria elucida de forma abrangente, os sentimentos causados nos participantes pelo distanciamento social e a forma como reflete em suas vidas. Alguns ainda, destacam os sentimentos de privação de liberdade, prisão, o que caracteriza o isolamento como algo com carga negativa. Menos expressiva, mas também perceptível, foi a presença de elementos emocionais quando os respondentes se referiam ao isolamento físico ocasionado pela pandemia do SARS-CoV-2.

A emergência da categoria “Experiências Emocionais”, revela um repertório de sentido presente em experiências subjetivas de caráter emocional de carga fatorial tanto positiva quanto negativa. Ao observar as subcategorias “Carga Fatorial Positiva” e “Carga Fatorial Negativa”, constata-se que a primeira delas expressa um sentido de “alívio”, o que pode ser observado por unidade de análise análoga. Por sua vez, mais vultosa foi a experiência subjetiva marcada elementos emocionais de gradiente negativo, os quais ocasionaram uma vivência mais tensa e ansiosa, do ponto de vista emocional e sentimental, do período de isolamento físico, o que pode ser percebido nas unidades de análise “desânimo”, “cansaço”, “angústia”, “tédio” e “solidão”. Também é digno de nota ressaltar que, além das vivências emocionais mais facilmente identificadas e nomeadas, também foi identificado outra de natureza menos delineada de difícil representação simbólica, representado pela unidade de análise “estranho”. Com isso, destaca-se que o isolamento social também têm marcado as experiências emocionais dos indivíduos, principalmente de forma negativa, despertando sentimentos que denotam o distanciamento, a mudança na rotina, o estar só. Mas, ainda, despertam o sentimento de estranheza, onde o indivíduo não consegue identificar exatamente o que tem sentido ao vivenciar a situação atípica causada pela pandemia.

Ao observar o apanhado geral dos achados da dimensão qualitativa do presente estudo, o qual elenca a presença de diferentes expressões de experiência subjetiva do isolamento físico, na forma de avaliações positivas, ansiosas e emotivas direcionadas à

própria pessoa. Tais achados encontram sintonia com os estudos sobre autoconsciência os quais apontam que as pessoas, geralmente, se envolvem em 2 tipos de autoanálise, um de caráter auto reflexivo, que requer uma avaliação positiva de si mesmo, e outro auto ruminativo, que denota uma avaliação tensa e ansiosa de si mesmo 13-16. Estudos com base nesta perspectiva teórica fazem-se relevante haja vista, conforme adverte Morin¹⁶, que passamos parte considerável de nossas vidas analisando nossos pensamentos e sentimentos privados, o que revela a importância de observar como e com que frequência prestamos atenção a nós mesmos e quais os impactos deste olhar sobre nosso comportamento.

7. CONCLUSÃO

Dada a probabilidade de outras ondas COVID-19 em um futuro próximo, as descobertas podem ajudar na construção de políticas para amortecer o impacto de mais isolamento. Estes achados também podem ajudar na construção das políticas de saúde em qualquer futura pandemia. Políticas específicas podem incluir recomendações direcionadas para indivíduos, bem como para instituições, enquadrando atenção à saúde mental principalmente na comunidade, e buscando medidas de apoio social alternativo, ensinando estratégias de enfrentamento específicas para populações vulneráveis, e desinformadas. Em segundo lugar, as descobertas mostram um efeito mediador de fuga-esquiva e estratégias de enfrentamento de afastamento sobre os efeitos da solidão nas variáveis relacionadas à saúde mental; embora tenha sido apreciada por muito tempo essa solidão é uma construção multidimensional que pode incluir suas próprias estratégias de enfrentamento (por exemplo, Cacioppo et al. 2002; Heinrich e Gullone, 2006 ; Van Buskirk & Duke, 1991), poucos estudos descreveram a relação entre a solidão e outras estratégias gerais de enfrentamento.

Devido à perda da força do isolamento, os resultados foram alcançados com uma potência inferior à pretendida. Outra limitação relevante do presente estudo é a possível falta de representação de diferentes segmentos da população brasileira na amostra. O gênero foi distribuído de forma desigual em ambas amostras (73,2% mulheres na amostra da Fase 1, 81,8% mulheres na amostra da Fase 2); enquanto gênero não foi mostrado de forma consistente para impactar solidão (por exemplo, Allen & Oshagan, 1995), de outros fatores podem impactar os efeitos da contenção de saúde mental na comunidade, por

exemplo, contenção da comunidade pode levar ao aumento vulnerabilidade das mulheres à violência doméstica (Marques et al., 2020) e a uma sobrecarga de trabalho doméstico e carga de cuidados das mulheres.

Na verdade, Asmundson et al. (2020) descobriu que os indivíduos com transtornos relacionados à ansiedade exibiram maior estresse relacionado ao COVID do que aqueles sem transtorno de saúde mental e tem maiores efeitos do que aqueles com transtornos de humor; importante, eles também descobriram que os indivíduos com ansiedade ou transtornos do humor também eram mais propensos a isolar do que os indivíduos sem diagnóstico. Esses resultados não permitem comparação a serem feitos com Asmundson et al. (2020) resultados e investigações específicas com a população em tratamento de saúde mental devem ser feitos para resolver este problema.

8. REFERÊNCIAS

- ABBOTT, J.; LIM, M.; ERES, R.; LONG, K.; & MATHEWS, R. The impact of loneliness on the health and wellbeing of Australians. *InPsych*, 40, (6), 2018.
- AHMAD, A. R., MURAD, H. R., & GARDNER, M. (2020). "The Impact of Social Media on Hyped Panic during the COVID-19 Pandemic: The Iraqi Kurdistan Case". *Journal of Medical Internet Research mental health*, [unpublished, non-peer-reviewed preprint]. <https://preprints.jmir.org/preprint/19556>.
- AKERLIND, I.; HORNQUIST, J. O. Solidão e abuso de álcool: uma revisão das evidências de uma interação. *Ciências Sociais & Medicina*, 1992, 34.
- Allen, R. L., & Oshagan, H. The UCLA loneliness scale: Invariance of social structural characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1995. 19(2), 185–195.
- Asmundson, G. J. G., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 2020, 74.
- BAKIR, V.; MCSTAY, A. Fake news and the economy of emotions: problems, causes, solutions. *Digital Journalism*, v. 6, n. 2, p. 154- 175, 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1979.
- BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 51, n. 6, p. 1173–1182, dez. 1986.
- BARROSO, S. M. et al. Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 1, p. 68–75, 2016.
- BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, v. 2, p. 141–161, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. [cited 2020 Feb 18]. Available from: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavírus>.

CACIOPPO, J. T.; HAWKLEY, L. C.; BERNTSON, G. G.; ERNST, J. M.; GIBBS, A. C.; STICKGOLD, R.; & HOBSON, J. A. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 384–387. 2002.

CACIOPPO, J.T.; HAWKLEY, L. C.; & THISTED, R. A. O isolamento social percebido me deixa triste: análises cruzadas de cinco anos sobre solidão e sintomatologia depressiva no Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25, 2010. 453–463.

CACIOPPO, J. T.; HUGHES, M. E.; WAITE, L. J.; HAWKLEY, L. C.; & THISTED, R. A. A solidão como fator de risco específico para sintomas depressivos: análises transversais e longitudinais. *Psychology and Aging*, 21, 2006. 140-151.

CACIOPPO, S.; CAPITANIO, J. P.; & CACIOPPO, J. T. Em direção a uma neurologia da solidão. *Psychological Bulletin*, 140, 2014. 1464-1504.

CACIOPPO, J. T.; CACIOPPO, S.; BOOMSMA, D. Mecanismos evolutivos para a solidão. *Cognição e Emoção*. 2013

CACIOPPO, S.; CACIOPPO, J. T.; CAPITANIO, J. Neurology de isolamento social de moscas de frutas para pacientes. *Manuscrito em revisão*. 2013.

CACIOPPO, J. T.; HAWKLEY, L. C. Isolamento social percebido e cognição. *Tendências em Ciências Cognitivas*. 2009; 13: 447–454.

CACIOPPO, J. T.; BERNTSON, G. G.; SHERIDAN, J. F.; MCCLINTOCK, M. K. Análises integrativas multinível de humanos comportamento: Neurociência social e a natureza complementar das abordagens sociais e biológicas. *Boletim psicológico*. 2000; 126: 829–843.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., & Berntson, G. G. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 2002. 64(3), 407–417.

CARVALHO, S. et al. Entrapment - conceito, definição e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Entrapment. *Psychologica*, n. 54, p. 385–411, 2011.

CASSEL, E. J., An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 11. 1040-1043. 1974.

COUPER, M. P. Review: Web Surveys: A Review of Issues and Approaches. Public Opinion Quarterly, v. 64, n. 4, p. 464–494, 1 fev. 2000.

DAMIÃO, E. B. C.; ROSSATO, L.M.; FABRI, L. R. O.; DIAS, V. C. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(spe 2):1199-1203.

DAHLBERGA, L.; & MCKEEB, K. J. Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an english community study. Aging Mental Health, 18, 504–14, 2014.

DIAS, J. A. A.; DIAS, M. F. S. L.; OLIVEIRA, Z. M.; et al. Reflexões sobre Distanciamento, Isolamento Social e Quarentena como Medidas preventivas da Covid-19. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro 2020;10/3795. www.ufsj.edu.br/recom

DIAS, E. & RIBEIRO, J. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. Revista Psicologia e Saúde, 2019. 11 (2), 55-66.

ERNST, J. M.; & CACIOPPO, J. T. Corações solitários: perspectivas psicológicas sobre a solidão. Psicologia Aplicada e Preventiva , 8 , 1999. 1-22.

FRITZ, M. S.; MACKINNON, D. P. Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. Psychological science, v. 18, n. 3, p. 233, 2007.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. Clinical Psychology Review, 26(6), 695–718.

HOLT-LUNSTAD, J. Friendship and physical health: The psychology of friendship. Oxford University Press. 2017.

HOLMES, E. A. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The Lancet Psychiatry, 2020.

HUANG, R. RQDA: R-based Qualitative Data Analysis. [s.l: s.n.].

INSEL, T.; FERNALD, R. Como o cérebro processa informações sociais: Searching for the social brain. *Anual Review of Neuroscience*. 2004; 27: 697–722.

JUDD, C. M.; KENNY, D. A. Process Analysis: Estimating Mediation in Treatment Evaluations. *Evaluation Review*, v. 5, n. 5, p. 602–619, 1981.

KEARNS, A.; WHITLEY, E.; TANNAHILL, C.; & ELLAWAY, A. Solidão, relações sociais e saúde e bem-estar em comunidades carentes. *Psicologia, Saúde e Medicina*, 2014. 1–13.

KIM, D. S.; et al. Detecting random responders with infrequency scales using an error-balancing threshold. *Behavior Research Methods*, v. 50, n. 5, p. 1960–1970, 2018.

KIM, H.; YOO, S.; LEE, B.; LEE, S. e SHIN, H. Psychiatric Findings in Suspected and Confirmed Middle East Respiratory Syndrome Patients Quarantined in Hospital: A Retrospective Chart Analysis. *Psychiatry Investigation*. v. 15, n. 4, p. 355-360, 2018.

KRISTENSEN, C. H.; SCHAEFER, L. S.; BUSNELLO, F. B. Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudo psicológico (Campinas)*. 2010;27(1):21-30.

LIM, M. H.; ERES, R.; & VASAN, S. Understanding loneliness in the twenty-first century: An update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 793-810. 2020.

LIM, M. H.; HOLT-LUNSTAD, J.; & BADCOCK, J. C. Loneliness: Contemporary insights into causes, correlates, and consequences (Editorial). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 789-791. 2020.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo, *British Journal of Psychiatry*, v. 148, p.

Marques, E. S., Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), Article e00074420.

MELO, D. M. P.. Sofrimento Psíquico durante a Pandemia de Covid-19: uma análise existencialista sobre a materialidade da vida e sobre o uso da tecnologia. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2021;10(1):01-17.

MIHALOPOULOS, C.; LE, L. K.-D.; CHATTERON, M. L.; BUCHOLC, J., HOLT-LUNSTAD, J.; LIM, M. H.; & ENGEL, L. The economic costs of loneliness: A review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 823-836. 2020.

MOREIRA, D. J. S.; OLIVEIRA, V. F. L.; GONÇALVES, W. G. L. A Importância do Isolamento Social no Contexto da Pandemia de Covid-19 LACLIM – Liga Acadêmica de Clínica Médica do Amapá. <https://www.sanarmed.com/a-importancia-do-isolamento-social-no-contexto-da-pandemia-de-covid-19>, 2020.

MUSHTAQ, R.; SHOIB, S.; SHAH, T.; & MUSHTAQ, S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Ressearch*, 89, WE01-4. 2014.

OLIVEIRA, A. F. C.; TEIXEIRA, E. R.; ATHANÁZIO, A. R.; SOARES, R. S. Psychic suffering and psychodynamics in the nurse's work environment: an integrative review. *O Braz J Nurs*. 2020;19.

OLIVEIRA, J. C. DA S.; SISTO, F. F. Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicologia: teoria e prática*, v. 6, n. 1, p. 45–57, 2004.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O., KESSLER, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal Psychiatry*, 42(3): 232-35. <https://www.rbppsychiatry.org.br/details/943/en-US/-pandemic-fear--and-covid-19--mental-health-burden-and-strategies>

OUAKININ, S.; & BARREIRA, D. P. Loneliness and mental health. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 130-132. 2015.

PEPLAU, L. A.; & PERLMAN, D. Perspectivas de solidão. Em LA Peplau & D. Perlman (Eds.), *Solidão: Um livro-fonte da teoria atual, pesquisa e terapia* (pp. 1-8). New York, NY: Wiley, 1982.

PENNYCOOK, G.; RAND, D. G. Lazy, not biased: susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. *Cognition*, v. 188, p. 39-50, 2019.

PSÍQUICO, S.; LA, E. N.; MANIQUE, M.; CRIVELATTI, B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15 (spe): 64-70.

REARDON, S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature.* 2015;519:13-4.

RICE, E. et al. A Mixed Methods Approach to Network Data Collection: *Field Methods*, 27 jan. 2014.

Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (CO-VID-19). [cited 2020 Feb 25]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J.; et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease* 35, 2020. 101613. journal homepage: www.elsevier.com/locate/tmaid

RUDATSIKIRA, E.; MUULA, A. S.; SIZIYA, S.; & TWA-TWA, J. Ideação suicida e fatores associados entre adolescentes em idade escolar na Uganda rural. *BMC Psychiatry* , 7 , 2007. Artigo 67.

RUBIN, G J. e WESSELY, S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 368, 2020.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, v. 7, n. 1–2, p. 183–201, 1996.

SANTINI, Z.; JOSE, P.; CORNWELL, E.; KOYANAGI, A.; NIELSEN, L.; HINRICHSEN, C.; & KOUSHEDE, V. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5, e62-70. 2020.

SELL, T. K. et al. Media Messages and Perception of Risk for Ebola Virus Infection, United States. *Emerging Infectious Diseases*, v. 23, n. 1, p. 108–111, 2017.

SHIGEMURA, J; URSANO, R. J; MORGANSTEIN, J. C; KUROSAWA, M.; BENEDEK, D. M.; Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74:281-2.

THOMPSON, R. R. et al. Distress, Worry, and Functioning Following a Global Health Crisis: A National Study of Americans' Responses to Ebola. *Clinical Psychological Science*, v. 5, n. 3 p. 513–521, 2017.

TINGLEY, D. et al. mediation : R Package for Causal Mediation Analysis. *Journal of Statistical Software*, v. 59, n. 5, 2014.

TRAN, V.-T. et al. Predicting data saturation in qualitative surveys with mathematical models from ecological research. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 82, p. 71–78, 2012.

Van Buskirk, A. M., & Duke, M. P. (1991). The relationship between coping style and loneliness in adolescents: Can “sad passivity” be adaptive? *The Journal of Genetic Psychology*, 152(2), 145–157.

VANDERWEELE, T. J.; HAWKLEY, L. C.; THISTED, R. A.; & CACIOPPO, J. T. Uma análise de modelo estrutural marginal para solidão: Implicações para ensaios de intervenção e prática clínica. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 2011.

VALTORTA, N. K.; KANAAN, M.; GILBODY, S.; RONZI, S.; & HANRATTY, B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies, *Heart*, 102, 1009-1016. 2020.

VENTURINI, E.; & GOULART, M. S. B. Universidade, solidão e saúde mental. *Interfaces. Revista de Extensão da UFMG*. <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/221/pdf>. 2016

VIEIRA, V. Solidão pode matar tanto quanto a obesidade. [Atualizado 2020]. Veja Saúde/Mente Saudável. Retirado de: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/solidao-pode-matartanto-quanto-a-obesidade>. 2017/2020.

WERTSCH, J. V.; STONE, C.A. The concept of internalization in Vygotsky's account of the genesis of higher mental functions. In: *Culture, communication, and cognition: Vygotskian perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. P. 162-82.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel

coronavirus (2019-nCoV). 2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107565>.

From:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COVID-19, isolamento social, e sofrimento psíquico: Fatores mediadores

Pesquisador: Caio Maximino de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32149120.4.0000.0018

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARA - UNIFESSPA

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARA - UNIFESSPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.042.090

Apresentação do Projeto:

As estratégias de saúde pública para a proteção contra a infecção com COVID-19 envolvem isolamento social, quarentena, distanciamento social, e contenção comunitária. Em todos os casos, a quantidade e qualidade das interações sociais diminui. Como as interações sociais são fundamentais para o funcionamento psíquico e bem-estar, o isolamento social tem alto potencial para produzir sofrimento psíquico e, ao final, transtornos mentais. Além disso, a exposição excessiva a fontes de informação e desinformação sobre a pandemia podem causar ansiedade aos indivíduos, piorando a situação de sofrimento psíquico. Para evitar impactos importantes na saúde mental das populações, é fundamental entender como o isolamento, a percepção de solidão, e outros fatores intra- e inter-psíquicos, produzem sintomas de sofrimento psíquico e ansiedade. Justificativa. O possível impacto negativo das estratégias de saúde pública para contenção da COVID-19 sobre a saúde mental é um agravante que deve ser considerado na escolha de políticas complementares. Uma prioridade imediata para a pesquisa na área é coletar dados de alta qualidade sobre os impactos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral, dos grupos vulneráveis, e de pacientes infectados com SARS-CoV-2, pesquisas estas que devem, sobremaneira, dar voz aos participantes no sentido de levantar, de modo êmico, os atos de significado que estão presentes na forma como eles/as pensam o isolamento físico. Dentre esses objetivos de prioridade imediata, a identificação de mecanismos causais associados aos efeitos sobre a saúde mental, incluindo solidão, sensação de aprisionamento, estratégias de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.

Bairro: Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

enfrentamento, e consumo repetido de informações derivadas da mídia, é fundamental para a criação de políticas complementares de saúde mental que diminuam o impacto do isolamento social ao mesmo tempo em que mantenham a efetividade do confinamento comunitário. Assim, entender os mecanismos intra- e inter-psíquicos que prevêem respostas adequadas ou desadaptativas do ponto de vista de saúde mental pode impactar positivamente a criação de políticas e intervenções que mitiguem os efeitos negativos do confinamento comunitário. Hipóteses. Hipótese 1: Em indivíduos em isolamento, a solidão produzida ativa estratégias de enfrentamento de afastamento e fuga-esquiva, cuja intensidade está correlacionada diretamente com os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns; Hipótese 2: Em indivíduos em isolamento, baixa utilização de estratégias de enfrentamento de suporte social aumentam o efeito da solidão sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns; Hipótese 3: Em indivíduos em isolamento, o Aprisionamento Externo modera o efeito da solidão, de maneira que quanto maior a sensação de aprisionamento externo, maior o efeito da solidão sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns; Hipótese 4: Em indivíduos em isolamento ou não, uso intenso de estratégias de enfrentamento de reavaliação positiva diminuem (moderam) os efeitos do consumo de informações sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns; Hipótese 5: O campo semântico do isolamento físico apresenta natureza complexa e multidimensional. Objetivo geral. Investigar o impacto do isolamento físico e suas consequências (em especial exposição à informação e solidão), o efeito mediador de fatores intra-psíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão, e aprisionamento), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido/significadoêmico atribuído a esta natureza de isolamento. Objetivos específicos: 1. Analisar o efeito mediador das estratégias de enfrentamento no efeito direto da solidão nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana); 2. Analisar o efeito moderador do Aprisionamento Externo sobre o efeito direto da solidão nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana); 3. Analisar o efeito mediador das estratégias de enfrentamento no efeito direto do consumo de informação nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana); 4. Identificar o repertório de significadosêmicos atribuídos ao isolamento social na pandemia. Métodos. Delineamento do estudo: Trata-se de

Continuação do Parecer: 4.042.090

estudo observacional, prospectivo, de coorte. População: Brasileiros (ou naturalizados) maiores de 18 anos. Forma de Coleta: Os dados serão coletados a partir de formulários online, em duas etapas: pesquisa quantitativa (estudo expost-facto) e estudo qualitativo. Tamanho da amostra: Para a primeira etapa, serão necessários pelo menos 562 respondentes. Para a segunda etapa, iniciaremos com 50 respondentes, aumentando a amostra até a saturação. Pelo critério de ponto de corte, prevê-se 100 respondentes na segunda etapa. Instrumentos: Para a primeira etapa, serão utilizados os seguintes instrumentos: questionário sócio-econômico; questionário de práticas de isolamento social; Self-Report Questionnaire-20; Escala de Ansiedade para Pacientes em Ambulatório; Escala Brasileira de Solidão UCLA; Escala de Entrapment; Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus; e inventário de fontes de informação sobre a COVID-19. Para a segunda etapa, será utilizada uma tarefa cognitiva de escrita livre, com a seguinte pergunta: "O que lhe vem à cabeça quando você pensa em isolamento físico?" Análise dos dados: Os dados da primeira etapa serão analisados através do método de passos causais de Baron & Kenny. Os dados da segunda etapa serão analisados através de análise temática de conteúdo. Critérios de inclusão e exclusão: Os seguintes critérios de inclusão se aplicam aos participantes da pesquisa: 1. Ser brasileiro/a ou naturalizado/a; 2. Ter mais de 18 anos de idade. Critérios de exclusão postfacto incluem os seguintes: 1. Respostas aleatórias em uma ou mais escalas do questionário. O responder aleatório será detectado formulário-a-formulário, utilizando-se de escalas de infrequência com limiar de balanceamento de erro. 2. Valores faltantes em mais de 25% dos itens de uma ou mais escalas do questionário. Os valores faltantes são definidos com ausência de resposta a um dos itens de cada escala. Riscos e benefícios: Ao se tratar de uma pesquisa que visa analisar questões relacionadas ao isolamento social e ao consumo de informações diante de um cenário de pandemia, as perguntas podem causar desconforto e/ou possivelmente algum grau de ansiedade ao participante. Esse risco será minimizado oferecendo-se ao participante a possibilidade de não responder alguma questão, ou de desistir da pesquisa a qualquer momento. Os participantes podem não se beneficiar direta e individualmente desta pesquisa; no entanto, no entanto, indiretamente, os participantes serão beneficiados pelo exercício do autofoco, o qual pode corroborar com o instanciamento de estados autoconscientes que, de modo reflexivo, fortaleceriam a capacidade que estes têm de minorar os prejuízos psicológicos experienciados quando da situação de isolamento físico. Esperamos que a participação no estudo possa aumentar o conhecimento sobre saúde mental e sobre os efeitos da pandemia, e apoiar políticas e ações de atendimento para prevenção e tratamento de problemas psicológicos decorrentes do isolamento e distanciamento social. Essas questões estão explicitadas no Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Continuação do Parecer: 4.042.090

Esclarecido. Práticas de ciência aberta: O estudo está pré-registrado na plataforma Open Science Framework.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar o impacto do isolamento físico e suas consequências (em especial exposição à informação e solidão), o efeito mediador de fatores intrapsíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão, e aprisionamento), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido/significadoêmico atribuído a esta natureza de isolamento. **Objetivo Secundário:** - Analisar o efeito mediador das estratégias de enfrentamento no efeito direto da solidão nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana);-Analisar o efeito moderador do Aprisionamento Externo sobre o efeito direto da solidão nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana);-Analisar o efeito mediador das estratégias de enfrentamento no efeito direto do consumo de informação nos sintomas de transtornos mentais comuns e sintomas de ansiedade em indivíduos em isolamento (saindo de casa menos de 1 vez por semana) e fora do isolamento (saindo de casa mais de 3 vezes por semana);-Identificar o repertório de significadosêmicos atribuídos ao isolamento social na pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação na pesquisa é voluntária, contudo toda pesquisa com seres humanos podem envolver riscos aos participantes. Ao se tratar de uma pesquisa que visa analisar questões relacionadas ao isolamento social e ao consumo de informações diante de um cenário de pandemia, as perguntas podem causar desconforto e/ou possivelmente algum grau de ansiedade ao participante. Esse risco será minimizado oferecendo-se ao participante a possibilidade de não responder alguma questão, ou de desistir da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios: Os participantes podem não se beneficiar direta e individualmente desta pesquisa; no entanto, no entanto, indiretamente, os participantes serão beneficiados pelo exercício do autofoco, o qual pode corroborar com o instanciamento de estados autoconscientes que, de modo reflexivo, fortaleceriam a capacidade que estes têm de minorar os prejuízos psicológicos experienciados quando da situação de isolamento físico. Esperamos que a participação no estudo

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.

Bairro: Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

Continuação do Parecer: 4.042.090

possa aumentar o conhecimento sobre saúde mental e sobre os efeitos da pandemia, e apoiar políticas e ações de atendimento para prevenção e tratamento de problemas psicológicos decorrentes do isolamento e distanciamento social. Essas questões estão explicitadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

1 - Inserir nos TCLE o endereço e contatos deste CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA | Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá, 66075110 Belém | cepccs@ufpa.br – telefone (091) 3201-7735.

2 -Fica registrado o compromisso do pesquisador responsável, em providenciar as assinaturas de terceiros nos documentos apresentados, como por exemplo na Folha de Rosto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Devendo o pesquisador atender as recomendações constantes neste parecer.

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_1560946.pdf	20/05/2020 20:47:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	01_brochura_COVID19MH.pdf	20/05/2020 20:47:00	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	07_Declaracao_de_Compromisso_NJQ V.pdf	20/05/2020 20:46:30	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Orçamento	09_orcamento.pdf	20/05/2020 16:12:10	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Outros	08_instrumentos_fase2.pdf	20/05/2020 16:10:37	Caio Maximino de Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.

Bairro: Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.042.090

Outros	07_instrumentos_fase1.pdf	20/05/2020 16:10:10	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	06_Declaracao_de_Compromisso_CMO .pdf	20/05/2020 16:05:23	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_covidMH_TCLE_f2.pdf	20/05/2020 16:02:34	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	04_covidMH_TCLE_f1.pdf	20/05/2020 16:02:27	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Cronograma	03_cronograma.pdf	20/05/2020 16:00:13	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	02_declaracao_ciencia_concordancia_fa psi.pdf	20/05/2020 16:00:05	Caio Maximino de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	DocuSign_folhaDeRosto.pdf	20/05/2020 15:44:51	Caio Maximino de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 22 de Maio de 2020

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.

Bairro: Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

COVID-19, Social Isolation, and Psychological Distress in a Brazilian Sample

Raíssa Oliveira de Mendonça¹, Mylena Maria Ribeiro de Almeida¹, Talita Barroso Garcia¹, Normando José Queiroz Viana^{1, 2}, and Caio Maximino^{1, 3}

¹ Faculdade de Psicologia, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

² Núcleo de Estudos Psicossociais em Saúde, Faculdade de Psicologia, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

³ Laboratório de Neurociências e Comportamento “Frederico Guilherme Graeff,”
Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Objective: To determine whether social isolation during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic in Brazil led to higher signs of psychological distress, and which intra (loneliness, coping mechanisms, feelings of entrapment) and interpsychic (media consumption) variables mediated this effect. **Method:** Two phases of web-based surveys were applied to Brazilian participants between May 25, 2020 and August 19, 2020. Phase 1 involved the application of psychological scales as well as information on isolation habits and media consumption. **Results:** Social isolation during the COVID-19 pandemic significantly increased psychological distress at clinically relevant rates, with loneliness being an important predictor of this effect. We also found that escape–avoidance and distancing coping strategies mediated this effect. Psychological distress was also related to high consumption of COVID-19-related information in social networks, print or online newspapers, and podcasts, but that relying on positive reappraisal coping strategies *increased* this effect instead of decreasing it. **Conclusions:** Our results suggest the need for policies that diminish the impact of social isolation on mental health; the need to assess and teach alternative coping strategies in clinical settings; and the need to address the impact of internet-based sources.

Public Significance Statement

The global infection outbreak by the new SARS-CoV-2 prompted community containment schedules; however, social isolation is a predictor of psychological distress across many contexts. Here, we provide evidence that social isolation-induced loneliness is an important factor of poorer mental health outcomes, and negative coping strategies mediate this effect. We also show that media consumption was also a predictor of poorer mental health outcomes in a Brazilian sample. Taken together, these results can help policymakers and mental health professionals to construct policies and interventions for individuals suffering from loneliness-related distress during the COVID-19 pandemic.

Raíssa Oliveira de Mendonça  <https://orcid.org/0000-0003-4915-8346>

Mylena Maria Ribeiro de Almeida  <https://orcid.org/0000-0002-1224-9642>

Talita Barroso Garcia  <https://orcid.org/0000-0003-3771-3605>

Normando José Queiroz Viana  <https://orcid.org/0000-0002-0012-6872>

Caio Maximino  <https://orcid.org/0000-0002-3261-9196>

Correspondence concerning this article should be addressed to Caio Maximino, Laboratório de Neurociências e Comportamento “Frederico Guilherme Graeff,” Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Campus Marabá, Unidade III, Av. dos Ipês, S/N, Marabá, PA 68500-000, Brazil. Email: cmaximino@unifesspa.edu.br

Keywords: COVID-19, social isolation, mental health, coping strategies, media consumption

Supplemental materials: <https://doi.org/10.1037/pne0000280.supp>

Public health actions related to coronavirus disease (COVID-19) aim to decrease the probability of encounter between infected and susceptible individuals, decreasing the rate of transmission (Bourouiba, 2020; Wilder-Smith & Freedman, 2020). As a rule, countries that promptly adopted community containment schemes (i.e., as soon as community transmission status of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) coronavirus was found) have had relative success in reducing mortality and infection rate to date (Anderson et al., 2020).

The objective of community confinement is to reduce contact of unidentified infected individuals with noninfected members of the community (Wilder-Smith & Freedman, 2020). While confinement is particularly useful in contexts where community transmission is substantial, it also involves ethico-political difficulties (van den Berge, 2020) and possible impacts on mental health (Holmes et al., 2020). In effect, several meta-analyses (e.g., Bareeqa et al., 2021; Bueno-Notivol et al., 2021; Liu et al., 2021; Prati & Mancini, 2021; Şimşir et al., 2021; Wu et al., 2021) now suggest an impact of the pandemic on mental health across the world. Liu et al. (2021) meta-analysis included studies from the early phase of the pandemic (January 2020–July 2020), and found increased prevalences of insomnia, anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder. This effect was higher in confirmed and suspected patients than other cohorts.

There is potentially a myriad of factors that are associated with psychological distress during the COVID-19 pandemic (Holmes et al., 2020). Since social isolation is an important mediator of psychological distress, it is likely that community containment schemes are responsible for these effects. Prati and Mancini's (2021) meta-analysis found that lockdowns had small effects on mental health symptoms—especially anxiety and depression—but studies were highly heterogeneous, making it difficult to assess the roles of social support, loneliness, and general distress. Nonetheless, in the SARS outbreak that occurred in Hong Kong in 2003–2004, most respondents report symptoms of psychological distress,

including symptoms of posttraumatic stress and/or acute stress, even in the absence of social isolation (Lau et al., 2005), suggesting that other factors can also contribute, such as the existential risk of the disease (“fear of dying” or “fear of losing a loved one”). Şimşir et al. (2021) meta-analysis found a significant correlation between fear of COVID-19 and anxiety, traumatic stress, distress, depression, and insomnia.

While not the sole source of distress during a pandemic, social isolation has been shown to negatively affect psychological well-being outside of lockdown as well. Social isolation produces various psychophysiological, cardiovascular, immune, and endocrine effects; a meta-analysis of these effects has suggested that the perception of social support is strongly correlated with lower levels of autonomic activity (e.g., lower resting blood pressure), better indicators of immunovigilance (e.g., higher levels of natural killer cell lysis), and lower levels of neurovegetative axis hormones (e.g., lower levels of urinary catecholamines; Uchino et al., 1996). The perception of social support is opposed to the feeling of loneliness, a psychological construct that describes the negative emotional response to the perception of isolation. Loneliness produces transient or chronic effects (Hawkley & Cacioppo, 2003). Short-term effects involve negative feelings, but usually motivate individuals to seek social connections (Weiss, 1973). The chronic effects, however, are associated with depression and suicide, higher rates of alcoholism, and low quality of sleep, all of which are important risk factors for mental disorder (Cacioppo & Hawkley, 2003).

Thus, understanding the relationship between the perception of loneliness and the impacts of community containment on mental health is a research priority in the area (Holmes et al., 2020). Some suggestions of this impact already exist; using the Personal Social Capital Scale 16 (PSCI-16) questionnaire, which evaluates the perception of the degree of connection with groups of relatives, neighbors, friends, colleagues, and work, and more distant people (Wang et al., 2014), Xiao et al. (2020) showed that individuals who self-isolated due to the COVID-19 outbreak in China

presented with sleeping difficulties, anxiety, and signs of acute stress, and that these effects were mediated by “social capital,” a set of current or potential resources that include social confidence, sense of belonging, and participation (Portes, 1998). This construct is inversely associated with the degree of perceived loneliness (Bian & Leung, 2015), suggesting that the perception of loneliness can mediate the effects of social isolation in a pandemic situation on mental health.

Studies on loneliness suggest that its impact is indirect, reflecting differences in the ways individuals cope with the stress of daily life (Cacioppo et al., 2000). Applying the University of California Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale (Russell et al., 1978), Cacioppo et al. (2000) demonstrated that individuals with low levels of perceived loneliness were more likely to present active coping strategies (e.g., problem solving strategies) and to seek emotional and instrumental support from others, while individuals with high levels of perceived loneliness were more likely to present passive coping strategies, including behavioral disengagement or avoidance of stressors.

Despite these findings, loneliness in a pandemic context is qualitatively different from loneliness in other contexts because it is—if community containment is successful—inescapable. Thus, an important psychological construct that can mediate the effects of community containment on mental health is entrapment. Entrapment is defined as a desire to escape from an unbearable situation associated with the perception that all escape routes are blocked (Gilbert & Allan, 1998). Thus, the concept of entrapment is based on theoretical models that suggest that blocking defensive behavior in the context of uncontrollability or inescapability (Maier et al., 2006) induces subjective states of suffering and depression (Gilbert & Allan, 1998). Entrapment was pointed as a potential moderating factor for the effects of social containment in the COVID-19 outbreak (Holmes et al., 2020).

Although the relationship between loneliness, social support, and psychological distress is relatively well established, little is known about how loneliness is subjectively experienced in the context of forced social isolation. Loneliness can be one of the possible consequences of a reduction in the quantity and quality of social interactions (i.e., small social network), but this is not necessarily

the case (Cloutier-Fisher et al., 2011; Victor et al., 2009; Wenger et al., 1996). For example, in a situation of forced social isolation (such as community restraint), some individuals may refer to isolation as a catalyst for creativity, or individuals may choose to nurture significant ties with a few people, increasing the quality of those ties despite the decrease in quantity. Karnick (2005) suggests that the current literature on loneliness and its correlates is still unable to adequately address the lived experience of isolation; therefore, to comprehend the subjective experience of social isolation in the context of the COVID-19 pandemic in a broad way, complementary methods of in-depth qualitative research will also be needed.

Another important interpersonal factor in the negative impact of disease outbreaks is information consumption (Holmes et al., 2020). Individuals seek reliable information from traditional media or social media about pandemics, looking for brief, timely guidelines, and criticism about what to do. Information consumption can therefore be adaptive and positive for mental health; however, media reports of infectious diseases often use messages that raise risk perception, potentially amplifying public anxiety (e.g., Sell et al., 2017). In particular, social networks can be an important source of dissemination of misinformation (Wang et al., 2019), amplifying uncertainty and perceptions of risk (Ng et al., 2018). An example of this impact, in relation to COVID-19, was observed from a computerized sentiment analysis, applied to posts on the Chinese social network Weibo, before and after the declaration that the new coronavirus was an International Public Health Emergency (Li et al., 2020). This analysis suggested that the statement, which impacted the Weibo network in several ways, produced an increase in negative emotions (e.g., anxiety, depression, and indignation) and sensitivity to social risks (Li et al., 2020).

Repeated exposure to information on infectious diseases can exacerbate psychic suffering and stress, amplify feelings of concern, and negatively impact psychological functioning (e.g., Thompson et al., 2017). The anxiety and uncertainty produced by excessive and repeated consumption of conflicting information can lead to an increase in media consumption (in an attempt to reduce uncertainty), generating a “vicious circle” that can be difficult to break (Thompson et al., 2017, 2019). Thus, a better understanding of how repeated consumption of media relative to

COVID-19 can amplify psychological distress and negatively impact mental health in various groups can help optimize patterns of information that promote well-being (Holmes et al., 2020).

While meta-analyses already identified that the COVID-19 pandemic—and its associated lockdown and community confinement strategies—negatively impacted mental health worldwide, the identification of causal mechanisms associated with the effects on mental health, including loneliness, sense of entrapment, coping strategies, and repeated consumption of information derived from the media, is fundamental to the creation of complementary mental health policies that reduce the impact of social isolation while maintaining the effectiveness of community confinement (Holmes et al., 2020). Thus, understanding the intra and interpsychic mechanisms that provide appropriate or inappropriate responses from a mental health perspective can positively impact the creation of policies and interventions that mitigate the negative effects of community confinement.

Method

Open Science Practices

Study hypothesis, methods, and statistical analysis were preregistered on Open Science Framework (<https://osf.io/g6j8n>). Public access to the preregistration was opened on June 20, 2020. Results and analysis scripts were also posted in the same platform (<https://osf.io/fv7ax/>). After conclusion of the study, some analysis were made which were not proposed in the preregistration; these are flagged as exploratory.

Participants

For Phase 1, high-coverage population list-based samples (Couper, 2000) were obtained by distributing the online form (see Data Analysis section, below) through directed email messages to research groups, directed messages using instant messaging (IM) apps (WhatsApp and Telegram), social media posts (on Facebook pages, Instagram profiles, and Twitter and Mastodon accounts related to neuroscience and/or mental health), and press releases sent to local newspapers. Biases in terms of political views of participants and/or traffic in these pages (which could lead to preexisting beliefs around

economics, social infrastructure, religion, and other sociopolitical characteristics that could influence views on social isolation and public health measures) were mainly unknown, but care was taken not to direct messages to groups explicitly associated with either left-wing or right-wing politics. Due to probable low reliability of self-reported medical history, we chose not to solicit information on previous history of mental health problems, and therefore participants were not excluded based on that. This is further discussed in the Limitations section, below.

For Phase 2, an authorization was produced in the debriefing session of the survey form of Phase 1, and responders who agreed to participate in further stages of the research were contacted by email. For the first phase (quantitative survey) of the research, 440 respondents answered an online survey on sociodemographical characteristics, social isolation practices, and media consumption habits, and responded to scales on loneliness, symptoms, disease anxiety, coping strategies, and entrapment (see Data Analysis section, below). Sample characteristics can be found on Table 1.

In the preregistered version of this project, sample size needed to achieve 80% power for the first phase was 562 participants (<https://osf.io/g6j8n>). However, since community containment schemes in Brazil rapidly declined, with average isolation indexes consistently falling below 50% after July 5 (<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>), we opted to stop collecting data before reaching the final sample size so as to guarantee that most respondents still were in a context of social isolation. A posteriori power was calculated using a R shiny script (Schoemann et al., 2017; https://schoemanna.shinyapps.io/mc_power_med/), using Hypothesis 1, based on the analysis of the principal endpoint (Self-Report Questionnaire-20 [SRQ-20] scores), with the sample size used in the research, and effect sizes based on standardized coefficients of a mediation model with social isolation as predictor, loneliness as mediator, and SRQ-20 scores as dependent variable. Calculated power was 0.73.

For the second phase of the study (qualitative phase), a subsample of participants was drawn from the pool of the first phase. After answering all questions of the first phase, participants could authorize further contact for this stage. Sample characteristics for this phase can be found on Supplemental Table 1. In the preregistered version of this project, sample size projected to reach

Table 1*Sample Characteristics for Phases 1 (Quantitative Survey) and 2 (Qualitative Survey) of the Study*

Characteristic		N (%)
Phase 1		
Gender/sexual Identity	Female	322 (73.2%)
	Male	113 (25.7%)
	Prefer not to declare	2 (0.5%)
	Transexual	1 (0.2%)
	Nonbinary AFAB	2 (0.5%)
Age (years)	$M = 28.6$, $SD = 9.94$, min. = 18, max. = 67	
Education level	No formal education	1 (0.2%)
	Completed middle school	1 (0.2%)
	Completed high school	99 (22.5%)
	Completed higher education	218 (49.5%)
	Completed postgrad studies (MBA, specialty, Masters, doctorate)	121 (27.5%)
Residence	Indigenous land	3 (0.7%)
	Rural	17 (3.9%)
	Urban	419 (95.4%)
Household income	No fixed income	10 (2.3%)
	Up to 1x minimum wage (up to R\$1,045.00)	51 (11.7%)
	From 1x to 3x minimum wage (R\$1,046.00–R\$3,135.00)	150 (34.3%)
	From 3x to 5x minimum wage (R\$3,136.00–R\$5,225.00)	105 (24.0%)
	From 5x to 15x minimum wage (R\$5,226.00–R\$15,675.00)	100 (22.9%)
Use of mental health service	More than 15x minimum wage (more than R\$15,675.00)	21 (4.8%)
	Participant does not use any service	349 (79.7%)
	Private psychiatric treatment	29 (6.6%)
	Private psychotherapy	68 (15.5%)
	Public psychiatric treatment, outpatient (Centro de Atenção Psicossocial ^a)	3 (0.7%)
	Acute inpatient centers	2 (0.5%)
	Residential therapeutic service	2 (0.5%)
	Psychiatric or psychotherapy treatment on primary health settings	2 (0.5%)
	Group settings on public services	1 (0.2%)
City under lockdown or community containment	Yes	386 (87.9%)
	No	53 (12.1%)
Average frequency that respondent leaves the house per week	Less than once per week	224 (51.0%)
	1–2 times per week	121 (27.6%)
	3–4 times per week	43 (9.8%)
	Every day	51 (11.6%)
	If 3–4 times per week or everyday, did you leave the house because you were working?	Yes 78 (83.9%)
		No 15 (16.1%)
Phase 2		
Gender	Female	45 (81.8%)
	Male	10 (18.2%)
	Prefer not to declare	0
	Transexual	0
	Nonbinary	0
Age	$M = 30.4$, $SD = 8.88$, minimum = 18, maximum = 64	
Education level	No formal education	0
	Completed middle school	0
	Completed high school	6 (10.9%)
	Completed higher education	30 (54.5%)
	Completed postgrad studies (MBA, specialty, Masters, doctorate)	19 (34.5%)
Residence	Indigenous land	0
	Rural	0
	Urban	55 (100%)

(table continues)

Table 1 (continued)

Characteristic		N (%)
Household income	No fixed income	2 (3.6%)
	Up to 1x minimum wage up to R\$1,045.00)	4 (7.3%)
	From 1x to 3x minimum wage (R\$1,046.00–R\$3,135.00)	19 (34.5%)
	From 3x to 5x minimum wage (R\$3,136.00–R\$5,225.00)	9 (16.4%)
	From 5x to 15x minimum wage (R\$5,226.00–R\$15,675.00)	18 (32.7%)
	More than 15x minimum wage (more than R\$15,675.00)	3 (5.5%)
Use of mental health service	Participant does not use any service	41 (74.5%)
	Private psychiatric treatment	5 (9.1%)
	Private psychotherapy	10 (18.2%)
	Public psychiatric treatment, outpatient (Centro de Atenção Psicossocial)	0
	Acute inpatient centers	0
	Residential therapeutic service	0
	Psychiatric or psychotherapy treatment on primary health settings	0
	Group settings on public services	3 (5.5%)
City under lockdown or community containment	Yes	48 (87.3%)
	No	7 (12.7%)
Average frequency that respondent leaves the house per week	Less than once per week	26 (47.3%)
	1–2 times per week	12 (21.8%)
	3–4 times per week	6 (10.9%)
	Every day	11 (20%)
	If 3–4 times per week or everyday, did you leave the house because you were working?	Yes 18 (90%)
	No	2 (10%)

Note. AFAB = assigned female at birth.

^a In the Brazilian public mental health system, most cases are dealt with at outpatient clinics (Centro de Atenção Psicossocial) rather than inpatient services or psychiatric hospitals.

saturation of categories was based on theme accumulation curves (Tran et al., 2017), with an initial sample of 50 participants proposed for drawing an interim theme accumulation curve; if the local slope of the curve is above 0.05, another 50 participants would be recruited, and the process was reanalyzed until saturation was reached. Again, since community containment schemes in Brazil began to decline, we opted to stop collecting data, and ended with 55 respondents. The local slope of the theme accumulation curve fell consistently below 0.05 after 33 participants, suggesting that the sample size was more than enough to reach saturation (Supplemental Figure 1).

Phase 1: Quantitative Survey

Hypotheses

Higher loneliness levels have been associated with higher reliance on passive coping strategies, including behavioral distancing and stressor

avoidance, in the general population (Cacioppo et al., 2000). Thus, the first hypothesis that was tested in this work was that *in isolated individuals, loneliness activates distancing and escape–avoidance coping strategies with intensities that are directly correlated with symptoms of anxiety and common health disorders*.

Seeking social support can also be related to how feelings of loneliness are associated with distress in isolated individuals (Xiao et al., 2020). The second hypothesis that was tested in this work was that, *in isolated individuals, poor reliance on social support coping strategies increase the effects of loneliness on symptoms of anxiety and common mental disorders*.

Since loneliness, under community confinement, is mostly imposed from the outside, its effects might be mediated by a sense of External Entrapment (Gilbert & Allan, 1998). The third hypothesis that was tested in this work was that, *in isolated individuals, External Entrapment moderates the effects of loneliness such that the higher the feelings of entrapment, the higher the effects*

of loneliness on symptoms of anxiety and common mental disorders.

Information consumption is an important factor in psychological distress during pandemics and disasters (Sell et al., 2017; Thompson et al., 2017). While media information can lead to distress, it can also lead to the use of positive reappraisal strategies that can moderate the effects of higher media consumption. Thus, the fourth hypothesis that was tested in this work was that *in both isolated and nonisolated individuals, intense reliance on positive reappraisal coping strategies decrease (moderate) the effects of information consumption on symptoms of anxiety and common mental disorders.*

Survey Instruments

For this quantitative survey phase, participants responded to an online form on Google Forms. The form presented a socioeconomic questionnaire, and its results are presented on Supplemental Table 1. The form also presented two questions on isolation practices: “How often have you been leaving your house per week?” and “If you answered 3–4 times per week or Everyday, did you leave the house because you were working?”. The first question was used to construct four levels of isolation (“Less than once per week,” “1–2 times per week,” “3–4 times per week,” and “Every day”).

Primary (common mental disorders symptoms) and secondary (anxiety symptoms) endpoints were assessed through responses to the SRQ-20, an instrument that is used to screen symptoms of common mental disorders (Mari & Williams, 1986), and through the Outpatient and Hospital Patients Anxiety Scale, and instrument that is used to quantify degree of intensity regarding physical and psychological symptoms related to anxiety and illness (Oliveira & Sisto, 2004).

The covariates and mediators were measured using well-established scales and instruments. Loneliness was measured using the Brazilian adaptation of the UCLA Loneliness Scale (Barroso et al., 2016). Coping strategies were assessed through the Brazilian adaptation of the Folkman and Lazarus Ways of Coping Questionnaire (Savóia et al., 1996). Feelings of external entrapment were analyzed using the Portuguese adaptation of the Entrapment Scale (Carvalho et al., 2011). Sources of information were investigated using inventory of sources, with a question asking the frequency (less than once per week; 1–3

times per week; more than 4 times per week; once per day; 2–3 times per day; more than 4 times per day) that the respondent consulted one of seven information sources on updates on the COVID-19 pandemic (Radio; Television; Printed or online newspapers; Twitter, Facebook, or Instagram; Whatsapp and other instant messengers; Youtube videos; and/or Podcasts).

Individuals were not required to answer all questions; therefore, in some individuals missing values were present. As an a priori criteria for exclusion, if more than 25% of the values for a single instrument or scale were missing for one participant, all data from that participant was to be excluded; however, that did not happen for any participant. We also did not detect random responding (using infrequency scales with error balancing thresholds (Kim et al., 2018).

Data Analysis

To analyze quantitative data with mediation models, we used generalized linear model (GLM) mediation models based on Baron and Kenny’s causal steps method (Baron & Kenny, 1986). For Hypotheses 1 and 2, the model was applied using isolation levels as factor, loneliness as covariate, and scores on either the Escape/Avoidance, the Distancing, or the Social Support subscales of the Ways of Coping Questionnaire as mediator. For Hypothesis 3, the mediator was score on the External Entrapment subscale of the Entrapment Scale. For Hypothesis 4, each of the media sources (Radio; Television; Printed or online newspapers; Twitter, Facebook, or Instagram; Whatsapp and other instant messengers; Youtube videos; and/or Podcasts) was assessed independently, with frequency of use as factor, and scores in the Positive Reappraisal subscale of the Ways of Coping Questionnaire as moderator. In all situations, factors were coded with simple contrasts, and covariates were scaled by centering around mean ± 1 standard deviation. Estimates are reported with 95% confidence intervals around the estimate. All models were run using the jamovi module “jAMM” (Gallucci, 2019).

Steps Toward Maximizing Power

As stated in Participants section, while we aimed for 80% power in sample size calculation for Phase 1, the decline in social isolation in Brazil led to interruption of the study, which is

expected to decrease power; indeed, a posteriori power for Hypothesis 1 was calculated as 73%. In spite of that, we sought to maximize power by taking the following steps before the study begun:

1. Improvement of measures: We sought to use instruments which were validated in Brazil, and calculated reliability measures after data collection.
2. Detecting random responding: Manipulation checks were inserted into each of the instruments in the form of infrequency scales (Kim et al., 2018).
3. Sample sizes: Sample sizes were determined based on the Fritz & Mackinnon (2007) model (regression coefficients $\alpha = 0.14$, $\beta = 0.14$, and $\tau' = 0.14$) aiming for a 80% power.

Phase 2: Qualitative Survey

Hypothesis

No a priori hypothesis on the specific nature of the subjective experiences of social isolation were established. We proposed that the semantic field of social isolation should present a complex and multidimensional nature; therefore, while methods and analysis strategies were preregistered, results from this phase should be seen as exploratory in nature.

Cognitive Free Writing Task

After answering the socioeconomic survey, participants were asked to write freely on a question prompt: “What comes to your mind when you think about physical isolation?” Participants had no time or word limit to answer to the prompt.

Data Analysis

Data were analyzed using Thematic Content Analysis (Bardin, 2013). Thematic content analysis is a typology of the classic Bardin content analysis, widely used in qualitative research in Social Psychology, as well as in the human and social sciences. From the participants’ textual production, the units of analysis were identified, their frequencies checked, and those that saturated the most were identified and organized into

thematic categories, which were later conceptualized and presented.

Ethical Note

Participants signed online informed consent forms before data collection begun. The project was cleared by an Institutional Review Board (Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde), under opinion #4.042.090. A version of the opinion in Portuguese can be found at <https://osf.io/zdb69/>

Results

Table 1 presents sample characteristics (demographic data) for both phases of the study.

Quantitative Survey

Table 2 presents descriptive statistics for SRQ-20, anxiety, and loneliness scores separated by gender, family income, and use of health services. In general, nonbinary individuals appear to show higher SRQ-20 and anxiety scores, followed by cisgender women and men; the small sample size of nonbinary individuals makes these estimates unreliable, however. Individuals reporting no family income, or more than 15 minimum wages, tended to present smaller scores for both SRQ-20 and anxiety scales, as well as loneliness. Finally, individuals in temporary residential services and not using mental health services had the lowest scores in all scales. Negative correlations were observed between age and SRQ-20 score ($r^2 = -0.341$), illness anxiety ($r^2 = -0.222$), and loneliness ($r^2 = -0.213$). As analysis of the relationships between these variables were not preregistered, only descriptive statistics are given.

Loneliness, Social Isolation, and Coping Strategies

An exploratory analysis (unplanned at pre-registration) of instrument reliabilities in the present study was also made, with following results: SRQ-20: $\alpha = 0.898$; Outpatient and Hospital Patients Anxiety Scale: $\alpha = 0.906$; UCLA Loneliness Scale: $\alpha = 0.952$; Ways of Coping Questionnaire: $\alpha = 0.929$; Entrapment Scale: $\alpha = 0.961$. The descriptive analysis, presented in Table 3, reveals a number of differences between social isolation levels regarding the

Table 2

Summary Statistics for Endpoints and Main Covariate Used in the Model by Gender, Housesold Income, and Mental Health Service Use

Variable	SRQ-20	Illness anxiety	Loneliness
Gender			
Male	7.75 ± 5.11	60.2 ± 11.8	21.8 ± 15.4
Female	9.59 ± 5.32	65.8 ± 11.9	24.1 ± 15.8
Nonbinary	15.0 ± 7.07	63.5 ± 14.8	25.0 ± 7.07
Household income			
No fixed income	6.9 ± 4.84	54.6 ± 10.0	18.3 ± 12.6
Up to 1x minimum wage (up to R\$1,045.00)	8.88 ± 5.76	67.7 ± 13.2	26.4 ± 17.0
From 1x to 3x minimum wage (R\$1,046.00–R\$3,135.00)	10.2 ± 5.19	66.6 ± 13.2	26.5 ± 16.3
From 3x to 5x minimum wage (R\$3,136.00–R\$5,225.00)	8.95 ± 5.37	63.7 ± 10.5	22.3 ± 14.1
From 5x to 15x minimum wage (R\$5,226.00–R\$15,675.00)	8.7 ± 4.9	61.9 ± 10.5	20.1 ± 14.9
More than 15x minimum wage (more than R\$15,675.00)	5.71 ± 5.42	61.4 ± 12.0	17.1 ± 12.6
Mental health service use ^a			
Participant does not use any service	8.81 ± 5.25	63.9 ± 11.9	23.0 ± 15.9
Private psychiatric treatment	11.8 ± 5.65	70.0 ± 13.7	29.1 ± 14.8
Private psychotherapy	10.4 ± 5.41	65.7 ± 13.2	26.0 ± 13.9
Public psychiatric treatment, outpatient (Centro de Atenção Psicossocial)	11.7 ± 3.79	66.0 ± 7.81	29.7 ± 19.4
Acute inpatient centers	6.0 ± 7.07	66.5 ± 20.5	22.5 ± 26.2
Residential therapeutic service	12.0 ± 9.9	62.5 ± 20.5	21.5 ± 16.3
Psychiatric or psychotherapy treatment on primary health settings	10.0 ± 1.41	77.0 ± 4.24	24.5 ± 6.36
Group settings on public services	14.0	75.0	45.0

Note. SRQ-20 = Self-Report Questionnaire-20.

^aIndividuals can be under treatment in more than one service/modality.

outcomes (SRQ-20 and anxiety scores), the covariate (loneliness), and the mediators (coping strategies, entrapment). There appears to be a steep decline in SRQ-20 scores, with individuals who left the house 3–4 times per week or every day showing lower scores than individuals who

left the house less than once per week. Social isolation did not appear to change anxiety, nor reliance on specific coping strategies; however, as discussed in the “Study limitations” section (Study Limitations), below, given that the study had lower power than originally planned, this lack

Table 3

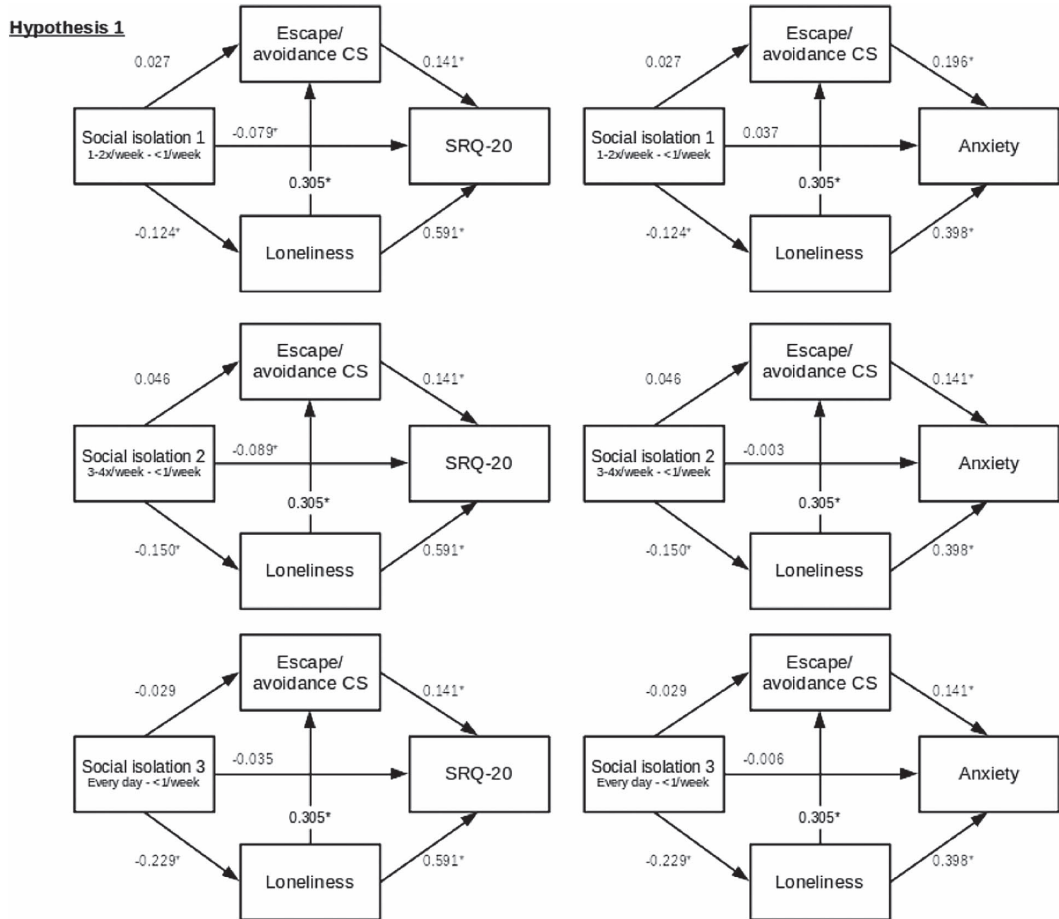
Summary Statistics for Variables Used in the Model by Frequency of Leaving the House During the COVID-19 Pandemic

Variable	Social isolation data			
	Less than once per week <i>M</i> ± <i>SD</i>	1–2 times per week <i>M</i> ± <i>SD</i>	3–4 times per week <i>M</i> ± <i>SD</i>	Every day <i>M</i> ± <i>SD</i>
Endpoints				
SRQ-20	10.3 ± 5.19	8.49 ± 5.05	7.14 ± 5.11	7.25 ± 5.67
Illness anxiety	65.3 ± 12.1	64.9 ± 12.5	62.7 ± 11.4	60.9 ± 11.3
Loneliness	26.8 ± 15.5	22.5 ± 15.0	18.9 ± 16.3	15.6 ± 13.9
Coping strategies				
Distancing CS	9.96 ± 4.1	9.91 ± 4.21	9.28 ± 4.36	8.65 ± 4.72
Escape/avoidance CS	5.72 ± 2.19	5.67 ± 2.17	5.72 ± 2.4	5.02 ± 2.66
Social support CS	8.43 ± 4.01	9.39 ± 4.32	9.21 ± 3.66	7.92 ± 3.7
Positive reappraisal CS	12.5 ± 5.84	13.6 ± 5.56	14.4 ± 5.78	12.1 ± 5.76
External entrapment	18.5 ± 12.6	15.4 ± 12.0	15.3 ± 13.4	9.96 ± 11.3

Note. COVID-19 = coronavirus disease; *SD* = standard deviation; SRQ-20 = Self-Report Questionnaire-20; CS = coping strategy.

Figure 1

Standardized Regression Coefficients β for the Relationship Between Social Isolation Contrasts and SRQ-20 (A) or Illness Anxiety (B) Symptoms as Mediated by Escape/Avoidance Coping Strategies and Loneliness



Note. Social isolation 1 = contrast between individuals who left their houses 1x–2x/week versus individuals who left their house < 1x/week. Social isolation 2 = contrast between individuals who left their house 3x–4x/week versus individuals who left their house < 1x/week. Social isolation 3 = contrast between individuals who left their house every day versus individuals who left their house < 1x/week. SRQ-20 = Self-Report Questionnaire-20.

of effect can represent a false negative. A steep decline in loneliness scores were also observed, again with individuals who left the house 3–4 times per week or every day showing lower scores than individuals who left the house less than once per week. However, social isolation appears to change feelings of external entrapment, with participants that left the house everyday showing lower scores than participants that left the house less than once per week.

The relationship between loneliness and SRQ-20 scores was mediated by escape/avoidance

copied depending on the level of social isolation. As Figure 1A illustrates, for the contrast between individuals who left their houses 1x–2x/week versus those who left their houses less than once per week (“social isolation 1”), as well as for the contrast between individuals who left their houses 3x–4x/week versus those who left their houses less than once per week (“social isolation 2”), the effect of leaving the house on SRQ-20 was significant and negative. However, the contrast between individuals who left their houses every day versus those who left their houses less

than once per week (“social isolation 3”), this direct effect was not significant. Supplemental Table 1 presents indirect effects, which suggest that, when compared with individuals leaving the house every day, for individuals in greater isolation, the relationship between isolation and SRQ-20 symptoms was mediated by loneliness and by reliance on escape/avoidance coping strategies. Effect sizes were relatively small, however: for each “step down” in social isolation, anxiety decreases by 0.06–0.16 points in the scale when loneliness and escape/avoidance coping strategies are accounted for.

The relationship between loneliness and anxiety scores was also mediated by escape/avoidance coping depending on the level of social isolation. As Figure 1B illustrates, none of the direct effects were significant. Supplemental Table 1 presents indirect effects, which suggest that, for individuals in greater isolation, when compared to all other levels, the relationship between isolation and anxiety symptoms was mediated by loneliness and by reliance on escape/avoidance coping strategies. Again, effect sizes were relatively small: for each “step down” in social isolation, anxiety decreases by 0.2–0.5 points in the scale.

The relationship between loneliness and SRQ-20 scores was mediated by distancing coping depending on the level of social isolation. As Figure 2A illustrates, for contrasts social isolation 1 and social isolation 2, the effect of leaving the house on SRQ-20 was significant and negative. However, the contrast between individuals who left their houses every day versus those who left their houses less than once per week (“social isolation 3”), this direct effect was not significant. Supplemental Table 2 presents indirect effects, which suggest that, in contrasts social isolation 2 and social isolation 3, for individuals in greater isolation, the relationship between isolation and SRQ-20 symptoms was mediated by loneliness and by reliance on distancing coping strategies. Effect sizes were relatively small, however: for each “step down” in social isolation, anxiety decreases by 0.11–0.15 points in the scale when loneliness and distancing coping strategies are accounted for.

The relationship between loneliness and anxiety scores was also mediated by distancing coping strategies depending on the level of social isolation. As Figure 2B illustrates, none of the direct effects were significant. Supplemental

Table 3 presents indirect effects, which suggest that, for individuals in greater isolation, when compared to all other levels, the relationship between isolation and anxiety symptoms was mediated by loneliness and by reliance on distancing coping strategies. Again, effect sizes were relatively small: for each “step down” in social isolation, anxiety decreases by 0.23–0.59 points in the scale.

Reliance on social support does not appear to impact the effect of social isolation on SRQ-20 symptoms. As Figure 3 illustrates, while in contrast social isolation 1 was a predictor of reliance on social support coping strategies (with individuals who left the house 1x–2x/week relying more on seeking social support than individuals who left the house less than once per week), this relationship was not significant at other isolation contrasts. Moreover, reliance on social support coping strategies did not predict loneliness levels. However, at all levels of the social isolation contrasts, reliance on social support predicted SRQ-20 symptoms (Figure 3A), with individuals who sought *more* social support showing more symptoms (a change of one point in the social support subscale indicating a change of 0.1833 point in the SRQ-20 score). The direct effects of the first two social isolation contrasts (“social isolation 1” and “social isolation 2”) were also statistically significant, while indirect effects were not (Supplemental Table 4).

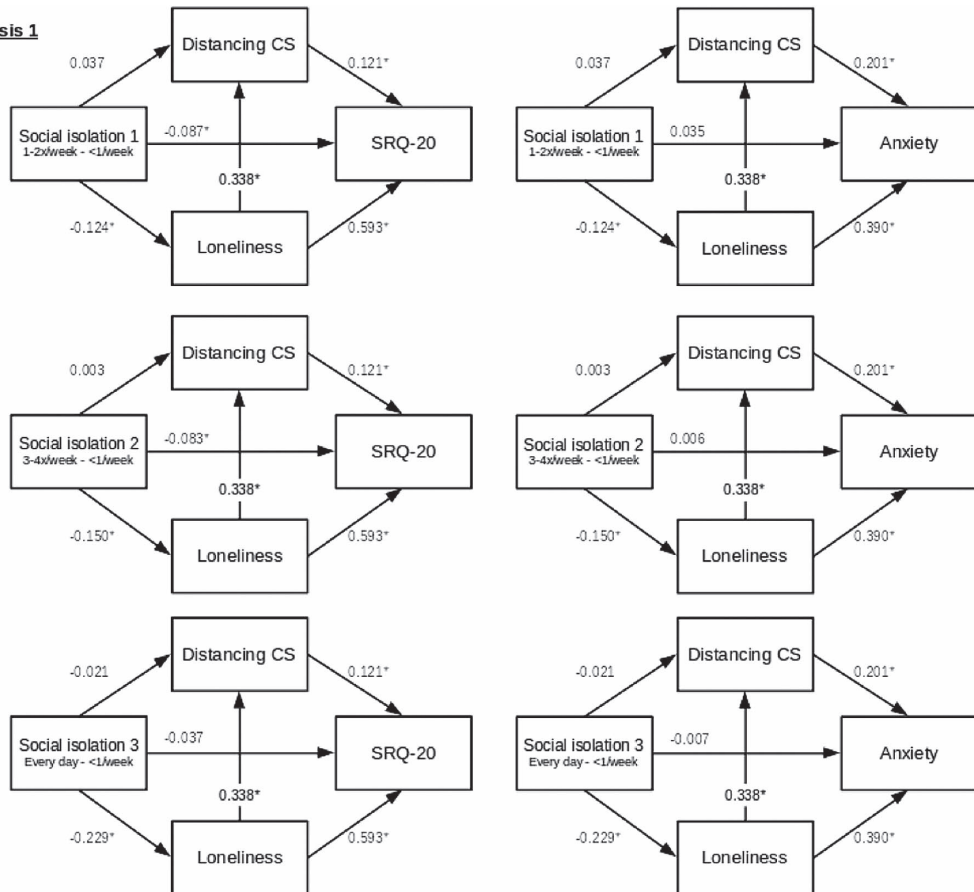
A similar pattern was observed with illness anxiety (Figure 3B). While both mediators were significantly associated with higher anxiety, both direct (Figure 3B) and indirect (Supplemental Table 4) effects were not statistically significant.

Loneliness, Social Isolation, and External Entrapment

External entrapment was examined as a moderator of the relation between social isolation-induced loneliness and SRQ-20 scores. Loneliness and external entrapment were entered as the first step in the regression analysis. In the second step, the interaction term between external entrapment and loneliness was entered, and it explained a significant increase in SRQ-20 scores ($\Delta R^2 = 0.609$, $\chi^2 = 17.4$, $p < .001$). Thus, external entrapment appears to be a significant moderator in the relationship between loneliness and SRQ-20 symptoms. However, simple effects suggest that slopes did not significantly vary across levels of social

Figure 2

Standardized Regression Coefficients β for the Relationship Between Social Isolation Contrasts and SRQ-20 (A) or Illness Anxiety (B) Symptoms as Mediated by Distancing Coping Strategies and Loneliness

Hypothesis 1

Note. Social Isolation 1 = contrast between individuals who left their houses 1x–2x/week versus individuals who left their house < 1x/week. Social isolation 2 = contrast between individuals who left their house 3x–4x/week versus individuals who left their house < 1x/week. Social isolation 3 = contrast between individuals who left their house every day versus individuals who left their house < 1x/week.

* $p < .05$.

isolation (Supplemental Table 5). Moreover, a 1 *SD* increase in external entrapment *weakened* the relationship between loneliness and SRQ-20 scores, contrary to what we hypothesized.

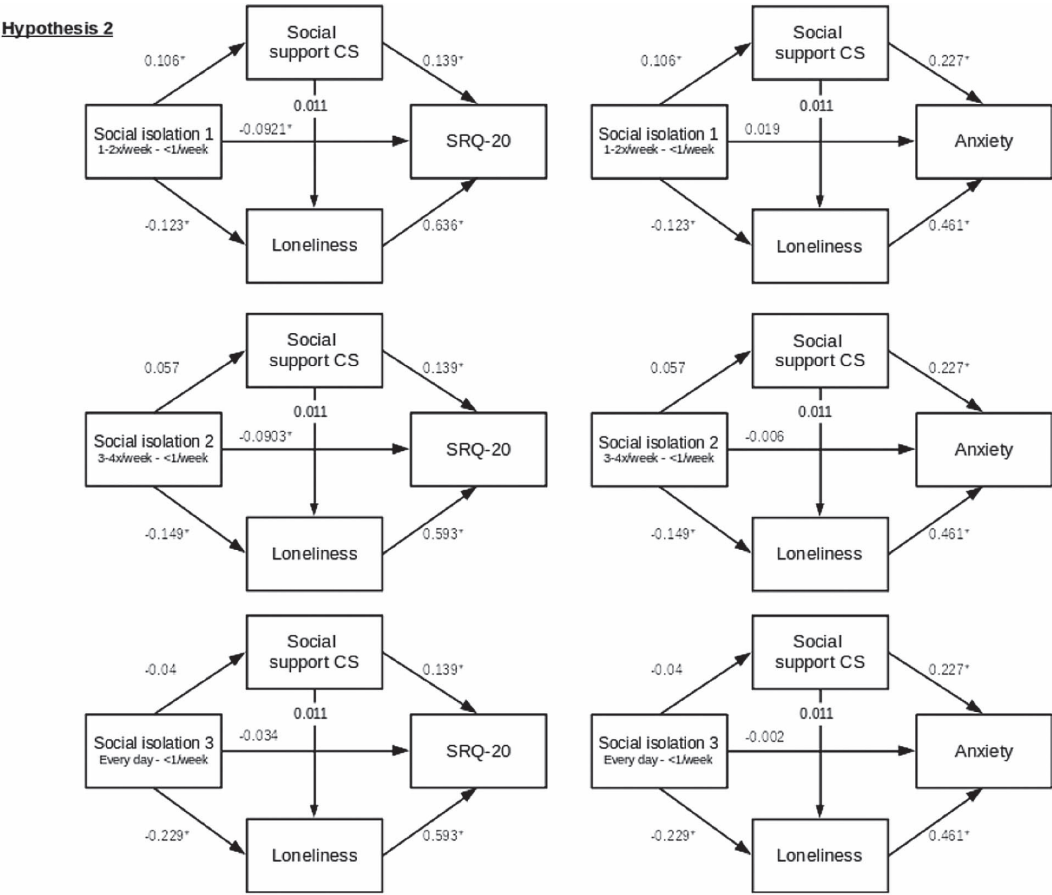
Similarly, when we examined external entrapment as a moderator of the relation between social isolation-induced loneliness and illness anxiety, slopes did not significantly vary across levels of social isolation nor across levels of external entrapment (Supplemental Table 5). The interaction term did not significantly explain a significant increase in illness anxiety scores ($\Delta R^2 = 0.975$, $\chi^2 = 0.00418$, $p = .948$). Thus, external entrapment

does not moderate the effects of social isolation-induced loneliness and illness anxiety scores.

Patterns of Media Consumption

Descriptive statistics for each type of media can be found on Table 4. The table suggests that, for “traditional” media (radio, TV, printed or online newspapers), frequency of consumption of COVID-19-related information does not appear to modulate psychological distress. However, for social media (Facebook, Twitter, Instagram), the higher the frequency of looking or consuming

Figure 3
Standardized Regression Coefficients β for the Relationship Between Social Isolation Contrasts and SRQ-20 (A) or Illness Anxiety (B) Symptoms as Mediated by Social Support Coping Strategies and Loneliness



Note. Social isolation 1 = contrast between individuals who left their houses 1x–2x/week versus individuals who left their house < 1x/week. Social isolation 2 = contrast between individuals who left their house 3x–4x/week versus individuals who left their house < 1x/week. Social isolation 3 = contrast between individuals who left their house every day versus individuals who left their house < 1x/week. SRQ-20 = Self-Report Questionnaire-20.
 * $p < .05$.

information on COVID-19, the higher the psychological distress; the reliance on positive reappraisal coping strategies did not vary with frequency. The frequency of instant messenger use for COVID-19-related information did not appear to be related to SRQ-20 score, but frequency-dependent increases in illness anxiety and positive reappraisal were apparent. Increased frequency of YouTube videos or podcasts for COVID-19-related information appeared to increase illness anxiety, but not SRQ-20 scores or positive reappraisal.

Reliance on positive reappraisal coping strategies was examined as a moderator of the relation

between frequency of consumption of information related to COVID-19 and SRQ-20 scores or illness anxiety scores. Frequency of media (radio, TV, print or online newspapers, social networks, instant messengers, Youtube, podcasts) information and positive reappraisal coping strategies were entered as the first step in the regression analysis. In the second step, the interaction term between these variables was entered. Separate tests were made for each of the information sources. Slopes did not significantly differ from zero at any level of the moderator for radio or TV for neither endpoint (Supplemental Table 6); in

Table 4*Summary Statistics for Variables Used in the Model by Media Consumption*

Variable	Media consumption data					
	Less than 1x/week <i>M</i> ± <i>SD</i>	1x–3x/week <i>M</i> ± <i>SD</i>	>4x/week <i>M</i> ± <i>SD</i>	1x/day <i>M</i> ± <i>SD</i>	2x–3x/day <i>M</i> ± <i>SD</i>	>4x/day <i>M</i> ± <i>SD</i>
Radio						
<i>N</i>	352	30	15	8	2	3
Endpoints						
SRQ-20	9.15 ± 5.25	9.43 ± 6.11	11.3 ± 3.92	7.25 ± 6.45	2.0 ± 2.83	12 ± 3.61
Illness anxiety	64.3 ± 11.8	65.9 ± 13.4	67.0 ± 9.7	63.9 ± 10.1	40.5 ± 3.54	59.0 ± 10.6
Positive reappraisal CS	12.9 ± 5.76	12.6 ± 5.8	13.7 ± 5.49	15.6 ± 5.1	11.5 ± 6.36	8.67 ± 6.03
TV						
<i>N</i>	141	111	91	51	24	10
Endpoints						
SRQ-20	9.06 ± 5.39	9.42 ± 5.25	10.1 ± 5.22	7.8 ± 5.0	7.71 ± 5.43	12.9 ± 6.42
Illness anxiety	63.4 ± 12.3	64.1 ± 11.1	66.2 ± 12.4	65.1 ± 13.5	62.5 ± 9.6	71.7 ± 15.0
Positive reappraisal CS	12.8 ± 6.08	12.9 ± 5.82	13.5 ± 5.14	12.3 ± 5.99	12.8 ± 5.41	13.0 ± 4.64
Printed or online newspapers						
<i>N</i>	155	77	91	42	24	32
Endpoints						
SRQ-20	8.33 ± 5.18	8.62 ± 5.43	11.2 ± 4.74	9.07 ± 5.12	8.92 ± 5.2	10.5 ± 6.02
Illness anxiety	63.1 ± 12.3	64.2 ± 10.8	68.4 ± 12.2	61.8 ± 9.19	62.7 ± 11.2	66.6 ± 13.8
Positive reappraisal CS	13.2 ± 5.32	12.8 ± 6.03	13.3 ± 5.78	11.8 ± 6.06	11.5 ± 5.83	13.4 ± 5.71
Social networks (Facebook, Twitter, Instagram)						
<i>N</i>	56	80	126	61	34	70
Endpoints						
SRQ-20	7.38 ± 5.64	8.61 ± 5.08	10.6 ± 4.94	8.28 ± 5.45	7.79 ± 5.16	10.9 ± 4.84
Illness anxiety	60.4 ± 11.3	65.9 ± 13.1	66.3 ± 11.7	63.2 ± 10.9	60.7 ± 11.6	67.4 ± 12.1
Positive reappraisal CS	13.4 ± 5.45	13.9 ± 5.49	13.1 ± 5.77	13.6 ± 5.45	10.4 ± 6.59	12.5 ± 5.69
Instant messengers (WhatsApp, Telegram)						
<i>N</i>	123	78	105	46	19	53
Endpoints						
SRQ-20	9.33 ± 5.16	8.51 ± 5.61	10.0 ± 4.98	8.15 ± 5.68	7.47 ± 4.97	10.3 ± 5.42
Illness anxiety	62.2 ± 11.2	63.7 ± 12.2	67.1 ± 12.5	64.1 ± 11.0	62.5 ± 11.1	68.3 ± 12.9
Positive reappraisal CS	11.5 ± 5.43	13.8 ± 5.8	13.5 ± 5.8	13.6 ± 6.05	12.4 ± 5.51	13.6 ± 5.26
YouTube videos						
<i>N</i>	223	59	63	36	13	18
Endpoints						
SRQ-20	9.07 ± 5.27	10.0 ± 5.34	9.62 ± 4.89	7.89 ± 5.21	8.62 ± 6.4	11.4 ± 4.77
Illness anxiety	63.7 ± 11.2	67.5 ± 12.8	63.2 ± 11.3	63.5 ± 12.5	60.7 ± 10.3	72.9 ± 14.8
Positive reappraisal CS	13.0 ± 5.71	11.5 ± 5.89	13.4 ± 5.41	13.5 ± 5.98	13.0 ± 6.38	14.3 ± 5.67
Podcasts						
<i>N</i>	302	48	30	14	5	5
Endpoints						
SRQ-20	9.03 ± 5.1	10.0 ± 5.74	10.3 ± 6.04	8.0 ± 4.08	15.4 ± 1.34	13.0 ± 6.2
Illness anxiety	64.0 ± 11.3	65.2 ± 13.5	65.8 ± 11.4	61.4 ± 8.93	83.0 ± 20.1	75.6 ± 16.2
Positive reappraisal CS	13.1 ± 5.69	12.1 ± 5.66	12.7 ± 5.87	11.4 ± 5.83	15.8 ± 7.16	11.6 ± 6.54

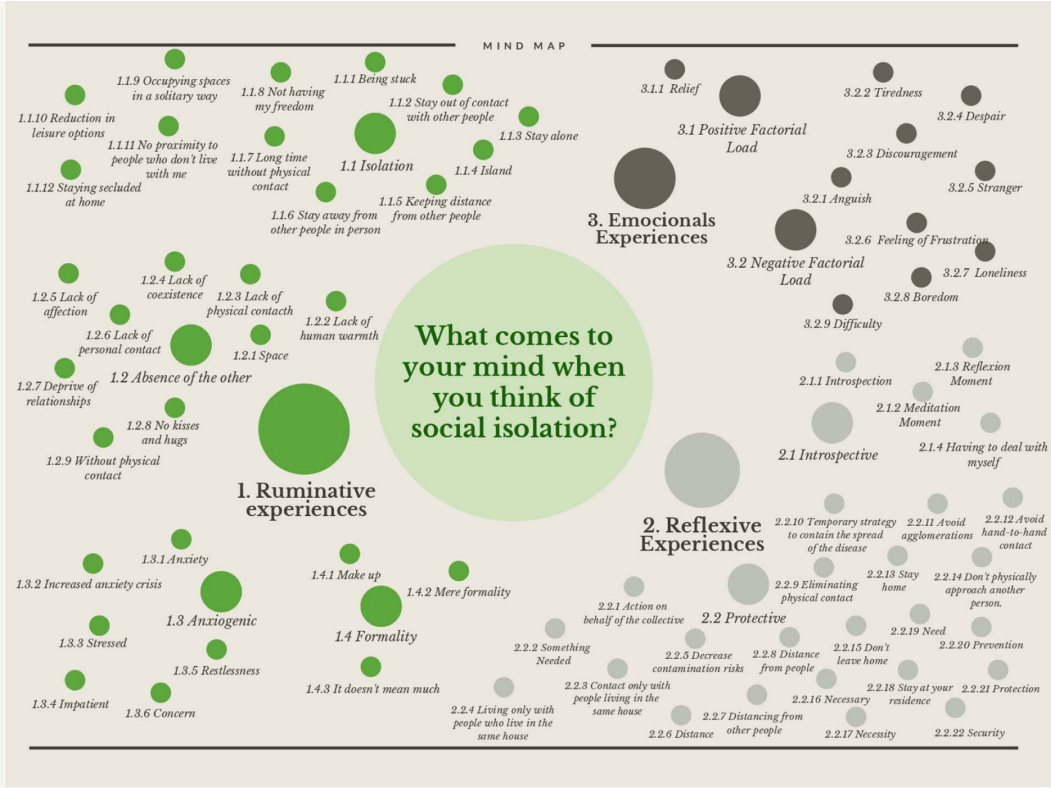
Note. CS = coping strategy; *SD* = standard deviation of the mean; SRQ-20 = Self-Report Questionnaire-20.

Total sample size for each media type does not add to the final sample size due to missing data.

both cases, frequency of media use was not a significant predictor of SRQ-20 scores nor illness anxiety. Slopes significantly differed from zero at the mean or 1 *SD* below the mean of positive reappraisal, but not for the high level (1 *SD* above

the mean), for newspapers and social networks for SRQ-20, but not illness anxiety; in both cases frequency of media use was a significant and positive predictor of SRQ-20 scores. Slopes did not differ from zero at any level of the moderator

Figure 4
Representation of Responses and Categories Found in the Qualitative Survey



for instant messengers as predictors of SRQ-20 scores, but a significant and positive relation with illness anxiety scores was found at low (1 *SD* below the mean) and average (mean) values of IM use frequency. Slopes did not differ from zero at any level of the moderator for Youtube videos as predictors of SRQ-20 and illness anxiety scores. Finally, slopes significantly differed from zero at the mean of positive reappraisal for SRQ-20, but not for low (1 *SD* below the mean) or high (1 *SD* above the mean), for individuals seeking information from podcasts; for illness anxiety, slopes significantly differed from zero at the average and high levels of podcasts use frequency.

Qualitative Survey

The qualitative survey data, when subjected to the Thematic Content Analysis model (Bardin, 2013), suggested the emergence of emic meanings that point to three types of experience, namely: reflective, ruminative, and emotional

(Figure 4). The category that saturated the most was “Reflective Experiences,” which comprises a set of self-focusing experiences of a purposeful character, when experiencing physical isolation during the pandemic. This category is made up of two subcategories, *Protective Reflective Experiences* and *Introspective Reflective Experiences*. The first of them reveals an emic repertoire characterized by ideas that isolation is “necessary,” has a “preventive” character, generates “security,” and lends itself to “reducing the risk of contagion” and to “protection of the community.” However, it is worth noting that, even in a less expressive way, the nature of this experience also mobilized a repertoire of sense and meaning that points to an introspection movement caused by physical isolation, as can be seen in the subcategory *Introspective Reflective Experiences*, represented by units of analysis “introspection,” “moment of meditation,” “moment of reflection,” and “giving some time to myself.”

However, the data revealed that the subjective experiences lived during the physical isolation have also had a tense and anxious impact on the self, which is evident when the category “Ruminative Experiences” emerges, which consists of four subcategories: isolation; absence of the other, anxiety, and formality. The *Isolation* subcategory refers to a repertoire of meaning that describes the act of being and feeling alone, without contact with other people, having limited one’s ability to come and go, which can be perceived by the units of analysis “being alone,” “being islanded,” “being stuck,” and “not having my freedom.” *Absence of the Other* is the subcategory that brings together a repertoire with meanings that point to how longing for relationships and face-to-face encounters with other people has resulted in the respondents’ lives, which can be perceived through the following units of analysis: “lack of human warmth,” “lack of coexistence,” “lack of demonstration of affection,” and “lack of face-to-face contact.” We identified the subcategory *Anxiety* by joining expressions such as “anxiety,” “worry,” “stress,” “increased anxiety attacks,” and “restlessness”; this subcategory integrates a meaning that points to signs of the presence of psychological distress or worsening of existing poor mental health conditions. The last subcategory of this group was called *Formality*, and refers to the collection of expressions that allude to a sense of compliance with the norm, which is not interpreted as very important and superficial, as can be observed in the following units of analysis: “mere formality,” “does not mean much,” and “to put a make up in the situation.”

Less expressive, but also noticeable, was the presence of emotional elements when the respondents referred to the physical isolation caused by the SARS-CoV 2 pandemic. The emergence of the category “Emotional Experiences” reveals a repertoire of meaning present in subjective experiences with both positive and negative factor loadings. When observing the subcategory *Positive Factor Load*, it appears that it expresses a sense of relief, which can be observed by an analogous unit of analysis. In turn, more significant was the subjective experience marked emotional elements of negative gradient—the subcategory *Negative Factor Load*—, which caused a more tense and anxious experience, from the emotional and sentimental point of view, of physical isolation, which can be perceived in the units of analysis “discouragement,” “tiredness,” “anguish,” “boredom,” and

“loneliness.” It is also worth noting that, in addition to the emotional experiences that are more easily identified and named, another one of a less delineated nature that is difficult to symbolize was also identified, represented by the “strange” unit of analysis.

Discussion

Main Findings

Using self-report data collected through the internet, the present work examined the relationship between loneliness and psychological distress at different levels of social isolation during the COVID-19 pandemic in Brazil, as well as how intrapersonal factors (coping strategies, external entrapment) affect this relationship. The relationship between media consumption of COVID-19-related information and psychological distress was also examined, as well as how coping strategies influence this relationship. We found support for the hypothesis that reliance on escape-avoidance and distancing coping strategies mediated the effects of social isolation-induced loneliness for psychological distress in the Brazilian population. However, we did not find support for the hypothesis that reliance on social support coping strategies significantly altered the effects of social isolation-induced loneliness on psychological distress. We also did not find support for the hypothesis that external entrapment moderated the effects of loneliness. We also found that the impact of reliance on positive reappraisal coping strategies on the relationship between frequency of media use for COVID-19-related information and psychological distress depended on the type of media, with individuals who sought information from print or online newspapers, social networks, and podcasts at higher frequencies consistently showing more psychological distress; however, higher levels of positive reappraisal coping strategies *increased* this impact instead of decreasing it. Interestingly, at the qualitative survey we also found that individuals interpreted isolation as producing self-assessment with protective and introspective dimensions, but also ruminative and emotional experiences of distress.

Loneliness has long been described as a factor that induces psychological distress, and as a result can be understood as a risk factor for many mental disorders (Hawkley & Cacioppo, 2003; Weiss, 1973). If not

accompanied by extensive policies on protecting mental health, community confinement strategies can lead to feelings of loneliness that can make managing stressful situations more difficult (i.e., can lead to nonadaptive coping strategies) and generate psychological distress (Holmes et al., 2020). Indeed, at least one meta-analysis (Prati & Mancini, 2021) found that lockdowns had small effects on mental health symptoms, but studies were highly heterogeneous, making it difficult to assess the roles of social support, loneliness, and general distress. The Brazilian response to the SARS-CoV2 pandemic, however, has been mixed, with social isolation being weakly enforced by government officials (Prado, 2020; Zhu et al., 2020). As a result, in Brazil social isolation became more a matter of individual practices than collective reasoning.

We found that for individuals who reported more strict social isolation practices (i.e., individuals who reported leaving their houses less than once a week), feelings of loneliness were higher than for individuals who reported less strict social isolation practices, and this was accompanied by increased psychological distress. In fact, using SRQ-20, we found that 76.9% of the female respondents and 58.0% of the male respondents that reported leaving their houses less than once a week showed clinically significant scores (i.e., above the gender-defined cut-off points; Mari & Williams, 1986), while these proportions fell below 65% for females and 44% for males that reported leaving their houses more than 3 times per week. Thus, not only was an increase in psychological distress observed, but this increase can be clinically relevant. These symptoms were also accompanied by feelings of anxiety related to illness, medical practices, and health-related routines, as evaluated by a scale for ambulatory patients (Oliveira & Sisto, 2004).

A subsample of participants also participated in Phase 2 of the research, responding to a cognitive free writing task in which they had to introspect about isolation. We found that these participants reported self-assessment of reflective character with protective and introspective dimensions; however, this reflective self-assessment was also articulated to ruminative and emotional experiences that were markedly tense, anxious, and disparaging about self-scrutiny. The ruminative dimension is exemplary of feelings of loneliness and entrapment, in concordance with results from the quantitative survey.

Morin (2002) argues that we spend much of our time analyzing our private thoughts and feelings, which shows the importance of observing how and how often we use introspection and can identify the effects on self-focus on our behavior. Self-awareness studies (Fenigstein et al., 1975; Joireman et al., 2002; Trapnell & Campbell, 1999) indicate that people generally engage in two types of self-analysis, one of a self-reflective character, which requires a purposeful assessment of the self, and another of self-ruminative character, which denotes a tense and anxious assessment of the self. Thus, in line with the current literature in the area, the findings of the present qualitative study reveal an emic repertoire of sense and significance of the subjective experience of physical isolation caused by the SARS-CoV2, characterized by a major presence of a reflective character self-assessment with protective and introspective dimensions; however, this reflective self-assessment was also articulated to ruminative and emotional experiences that were markedly tense, anxious, and disparaging about the self's self-scrutiny. Overall, the results of the qualitative survey agree with the results from the quantitative survey in that they suggest psychologically distressing experiences and meanings, but also add that, for some individuals, these experiences can also represent meaningful moments to seek protection and to engage in self-care.

In the present work, we found that relying on escape-avoidance and distancing coping strategies mediated the impacts of loneliness on psychological distress. Both are a maladaptive coping mechanism that are characterized by experiential avoidance of the thoughts, feelings, and other internal experiences that can create additional stress and weaken the ability to deal with further stressors that are associated with COVID-19, including loss of financial security and loss of loved ones. Experiential avoidance is a key construct of acceptance and commitment therapy (Hayes et al., 1999), which could represent an important tool for interventions. While engaging with internal experiences related to COVID-19 can be initially distressing, in the long term it can be beneficial to understand the experiential dimensions of these feelings to reduce the impacts of loneliness.

Surprisingly, while social capital has been associated as a protective factor in the Chinese samples at the beginning of the pandemic (Xiao et al., 2020), we did not find that reliance on social

support coping strategies significantly altered the effects of social isolation-induced loneliness both SRQ-20 scores and illness anxiety in the Brazilian population. Social isolation has been, from the start, a divisive and highly politically charged issue in Brazil (Miguel et al., 2021; Prado, 2020), which could explain these results. Importantly, as discussed in the “Limitations” subsection, below, the premature ending of our study, due to decreases in social isolation indices in Brazil, led to a lower than desired power, and therefore the lack of effect of social support can also be interpreted as a false negative. If that is not the case, however, since seeking social support during the pandemic mostly entails online interactions, this strategy could “backfire” by making it acutely obvious that face-to-face social encounters are risky. The data from the qualitative survey strengthens this explanation, as individuals commonly report missing physical contact or contact with those that do not share the same house.

Moreover, we found that external entrapment was a significant moderator in the relationship between loneliness and SRQ-20, but not illness anxiety; however, we also found that this moderation did not change at any level of social isolation, suggesting that the sense of external entrapment is an important factor in loneliness-related psychological distress independent of self-isolation practices during the pandemic. A possible explanation for this lack of variation across levels is that external entrapment represents a feeling of lack of control (Gilbert & Allan, 1998; Gilbert & Gilbert, 2003) that was also felt by individuals who were less isolated, as 83.9% of the individuals who reported leaving the house everyday did so because of occupational demands. Nonetheless, higher levels of entrapment weakened the relationship between loneliness and SRQ-20 scores, an effect that was opposite to what was hypothesized.

Finally, we found that high frequency of social media, printed or online newspapers, and podcasts significantly increased distress. Surprisingly, higher levels of positive reappraisal *increased* this effect, suggesting that, while these sources of information can lead to cognitively reframing COVID-19-related stressors as more positive, this in fact results in more distress. This can be related to the fact that much disinformation on COVID-19 also circulates on social networks and podcasts (Fortaleza, 2020) and that the tone of these sources can lead to distorted perceptions

of risk (Sell et al., 2017; Thompson et al., 2017), producing conflicting cognitions.

Generality of Findings

While findings from the present studies illuminate the impacts of social isolation/community containment on mental health-related variables, and has been framed as such, wider implications can also be derived. First, given the probability of further COVID-19 waves in the near future, our findings can help in the construction of policies to buffer the impact of further isolation. These findings can also help in the construction of mental health policies in any future pandemic. Specific policies could include recommendations targeted to individuals as well as to institutions, framing mental health attention mainly at the community level, and seeking alternative social support measures, teaching specific coping strategies to vulnerable populations, and addressing media disinformation. A set of recommendations has been built by two Brazilian mental health professionals in a technical report of the results of this project, in Portuguese; the technical report is available online (<https://archive.org/details/relatorio-executivo-covid-19-isolamento-social-e-sofrimento-psiquico> or <https://osf.io/ct7u9/>). Second, our findings show a mediating effect of escape–avoidance and withdrawal coping strategies on the effects of loneliness on mental health-related variables; while it has long been appreciated that loneliness is a multidimensional construct that can include its own coping strategies (e.g., Cacioppo et al., 2002; Heinrich & Gullone, 2006; Van Buskirk & Duke, 1991), very few studies described the relationship between loneliness and more general coping strategies.

Study Limitations

The most important limitation of our study concerns statistical power. While we attempted to reach the highest possible statistical power a priori by adequate use of sample size and using strategies to maximize confidence in the instruments that were used, the decline in social isolation levels in Brazil introduced the difficult decision of terminating data collection before reaching the minimum sample size that was defined at preregistration. As a result, our results were reached with a lower power than intended. Thus, results should be taken with a grain of salt.

Another relevant limitation of the present study is the possible lack of representation of different segments of the Brazilian population in our samples. Gender was unequally distributed in both samples (73.2% women in the Phase 1 sample, 81.8% women in the Phase 2 sample); while gender has not been consistently shown to impact loneliness (e.g., Allen & Oshagan, 1995), other factors could impact the effects of community containment in mental health—for example, community containment can lead to increased vulnerability of women to domestic violence (Marques et al., 2020) and to an overload of domestic work and care burden of women (Power, 2020). In the Phase 1 sample, cisgender women appeared to show higher loneliness and distress in general than men. Moreover, our Phase 1 sample included only 0.7% noncisgendered participants; while currently little is known about the impacts of loneliness and social isolation in transgender individuals and what is the actual proportion of transgender individuals in the Brazilian population, the low representation of these individuals in our sample limits the scope of our findings. As a result of the sample composition, our results might not perfectly generalize to other populations, including men and non-Brazilian populations/cultures, as well as older individuals, rural communities, and later stages of the pandemic.

Another associated limitation of the sample composition is related to how sociopolitical and cultural variables could impact views on social isolation and public health policies, especially in the context of the politicization of such measures among right-wing political groups in Brazil (e.g., Farias & Pilati, 2021). While political views of participants were unknown, most of responders in Phase 1 had socioeconomic characteristics not fully representative of the general Brazilian population—for example, most participants had higher schooling and family income than the general population, and most participants were from urban rather than rural or indigenous households. It is possible that participants in the present study were more likely to adhere to social isolation measures and view them as “necessary evils,” but it is currently unknown how this would affect loneliness-related mental health issues.

Finally, baseline characteristics of participants were not known in the present study, as previous history of mental health problems was not investigated. While we describe that individuals making use of mental health services at the time of the

study had higher scores in all scales in relation to individuals in temporary residential services and individuals not making use of mental health services, these results should be interpreted as exploratory, as they were not preregistered. History of common mental health disorders could lead to biases in the results, as individuals showing more anxiety and/or depression could be more likely to socially isolate or already have high loneliness levels before the start of the pandemic, as well as show nonadaptive coping strategies. Yao et al. (2020), for example, suggested that people with mental health conditions could be more substantially influenced by the emotional responses brought by the COVID-19 epidemic, including loneliness and its deleterious consequences. Indeed, Asmundson et al. (2020) found that individuals with anxiety-related disorders exhibited higher COVID-related stress than those with no mental health disorder, and higher effects than those with mood disorders; importantly, they also found that individuals with anxiety-related or mood disorders were also more likely to self-isolate than individuals with no diagnosed mental health disorder. Our results do not allow comparisons to be made with Asmundson et al. (2020) results, and specific investigations with populations under mental health treatments should be made to address this issue.

References

- Allen, R. L., & Oshagan, H. (1995). The UCLA loneliness scale: Invariance of social structural characteristics. *Personality and Individual Differences*, 19(2), 185–195. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00025-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00025-2)
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*, 395(10228), 931–934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- Asmundson, G. J. G., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 74, Article 102271. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102271>
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo* (3rd ed.). Edições 70.
- Bareeqa, S. B., Ahmed, S. I., Samar, S. S., Yasin, W., Zehra, S., Monese, G. M., & Gouthro, R. V. (2021). Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review

- with meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(4), 210–227. <https://doi.org/10.1177/0091217420978005>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barroso, S. M., Andrade, V. S., Midgett, A. H., & Carvalho, R. G. N. (2016). Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 68–75. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000105>
- Bian, M., & Leung, L. (2015). Linking loneliness, shyness, smartphone addiction symptoms, and patterns of smartphone use to social capital. *Social Science Computer Review*, 33(1), 61–79. <https://doi.org/10.1177/0894439314528779>
- Bourouiba, L. (2020). Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions: Potential implications for reducing transmission of COVID-19. *Journal of the American Medical Association*, 323(18), 1837–1838. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4756>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, Article 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClinck, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., Kowalewski, R. B., Paulsen, A., Hobson, J. A., Hugdahl, K., Spiegel, D., & Berntson, G. G. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35(2–3), 143–154. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(99\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(99)00049-5)
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39–S52. <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0049>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407–417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., & Pimentel, P. (2011). Entrapment—Conceito, definição e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Entrapment. *Psicologica—Avaliação Psicológica Em Contexto Clínico* (54), 385–412. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_15
- Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., & Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.012>
- Couper, M. (2000). Web surveys: A review of issues and approaches. *Public Opinion Quarterly*, 64(4), 464–494. <https://doi.org/10.1086/318641>
- Farias, J., & Pilati, R. (2021). COVID-19 as an undesirable political issue: Conspiracy beliefs and intolerance of uncertainty predict adherence to prevention measures. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01416-0>
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522–527. <https://doi.org/10.1037/h0076760>
- Fortaleza, C. M. C. B. (2020). Evidence, rationality, and ignorance: Agnotological issues in COVID-19 science. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 53, Article e20200475. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0475-2020>
- Fritz, M. S., & Mackinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18(3), 233–239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Gallucci, M. (2019). *jAMM: jamovi advanced mediation models* [jamovi module]. <https://jamovi-amm.github.io/>
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585–598. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006710>
- Gilbert, P., & Gilbert, J. (2003). Entrapment and arrested flight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 173–188. <https://doi.org/10.1348/147608303765951203>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(Suppl. 1), S98–S105. [https://doi.org/10.1016/S0889-1591\(02\)00073-9](https://doi.org/10.1016/S0889-1591(02)00073-9)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research

- priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Joireman, J. A., Parrott, L., & Hammersla, J. (2002). Empathy and the self-absorption paradox: Support for the distinction between self-rumination and self-reflection. *Self and Identity*, 1(1), 53–65. <https://doi.org/10.1080/152988602317232803>
- Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/0894318404272483>
- Kim, D. S., McCabe, C. J., Yamasaki, B. L., Louie, K. A., & King, K. M. (2018). Detecting random responders with infrequency scales using an error-balancing threshold. *Behavior Research Methods*, 50(5), 1960–1970. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0964-9>
- Lau, J. T. F., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E., & Wing, Y. K. (2005). SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 11(3), 417–424.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), Article 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Liu, X., Zhu, M., Zhang, R., Zhang, J., Zhang, C., Liu, P., Feng, Z., & Chen, Z. (2021). Public mental health problems during COVID-19 pandemic: A large-scale meta-analysis of the evidence. *Translational Psychiatry*, 11, Article 384. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9>
- Maier, S. F., Amat, J., Baratta, M. V., Paul, E., & Watkins, L. R. (2006). Behavioral control, the medial prefrontal cortex, and resilience. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 397–406. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/smaier>
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23–26. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Marques, E. S., Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), Article e00074420. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>
- Miguel, F. K., Machado, G. M., Pianowski, G., & Carvalho, L. F. (2021). Compliance with containment measures to the COVID-19 pandemic over time: Do antisocial traits matter? *Personality and Individual Differences*, 168, Article 110346. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110346>
- Morin, A. (2002). Do you “self-reflect” or “self-ruminate”? *Science & Consciousness Review*, 1, 1. <https://cogprints.org/3788/>
- Ng, Y. J., Yang, Z. J., & Vishwanath, A. (2018). To fear or not to fear? Applying the social amplification of risk framework on two environmental health risks in Singapore. *Journal of Risk Research*, 21(12), 1487–1501. <https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1313762>
- Oliveira, J. C. D. S., & Sisto, F. F. (2004). Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: Um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(1), 45–57.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>
- Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 16(1), 67–73. <https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>
- Prado, B. (2020). COVID-19 in Brazil: “So what?” *The Lancet*, 395(10235), Article 1461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
- Prati, G., & Mancini, A. D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: A review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201–211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1–2), 183–201.
- Schoemann, A. M., Boulton, A. J., & Short, S. D. (2017). Determining power and sample size for simple and complex mediation models. *Social Psychological & Personality Science*, 8(4), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1948550617715068>
- Sell, T. K., Boddie, C., McGinty, E. E., Pollack, K., Smith, K. C., Burke, T. A., & Rutkow, L. (2017). Media messages and perception of risk for ebola virus infection, United States. *Emerging Infectious Diseases*, 23(1), 108–111. <https://doi.org/10.3201/eid2301.160589>
- Şimşir, Z., Koç, H., Seki, T., & Griffiths, M. D. (2021). The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: A meta-analysis. *Death Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1889097>
- Thompson, R. R., Garfin, D. R., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2017). Distress, worry, and functioning following a global health crisis: A national study of Americans’ responses to ebola. *Clinical Psychological Science*, 5(3), 513–521. <https://doi.org/10.1177/2167702617692030>

- Thompson, R. R., Jones, N. M., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2019). Media exposure to mass violence events can fuel a cycle of distress. *Science Advances*, 5(4), Article eaav3502. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aav3502>
- Tran, V.-T., Porcher, R., Tran, V.-C., & Ravaud, P. (2017). Predicting data saturation in qualitative surveys with mathematical models from ecological research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 82(2), 71–78.E2. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.10.001>
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284>
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>
- Van Buskirk, A. M., & Duke, M. P. (1991). The relationship between coping style and loneliness in adolescents: Can “sad passivity” be adaptive? *The Journal of Genetic Psychology*, 152(2), 145–157. <https://doi.org/10.1080/00221325.1991.9914662>
- van den Berge, L. (2020). Biopolitics and the coronavirus: Foucault, Agamben, Žižek. *Netherlands Journal of Legal Philosophy*, 49, 3–6. <https://doi.org/10.5553/NJLP.000097>
- Victor, C., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life: Understanding loneliness and social isolation in later life*. Open University Press/McGraw Hill Education.
- Wang, P., Chen, X., Gong, J., & Jacques-Tiura, A. J. (2014). Reliability and validity of the personal social capital scale 16 and personal social capital scale 8: Two short instruments for survey studies. *Social Indicators Research*, 119(2), 1133–1148. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0540-3>
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, 240(6), Article 112552. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society*, 16(3), 333–358. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), Article taaa020. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, Article e923921. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921>
- Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), Article e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
- Zhu, D., Mishra, S. R., Han, X., & Santo, K. (2020). Social distancing in Latin America during the COVID-19 pandemic: An analysis using the stringency index and google community mobility reports. *Journal of Travel Medicine*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa125>

Received May 20, 2021

Revision received October 27, 2021

Accepted October 28, 2021 ■

COVID-19, Isolamento Social, e Sofrimento Psíquico: Fatores Mediadores

Relatório Executivo

Quem somos?

Pesquisadores vinculados ao Núcleo de Estudos em Neurociências e Comportamento e ao Núcleo de Estudos em Práticas Psicossociais e Saúde da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). A pesquisa é coordenada pelos professores Caio Maximino de Oliveira e Normando José Queiroz Viana. Participam ainda alunas de graduação do Curso de Psicologia da mesma universidade, a saber: Mylena Maria Ribeiro de Almeida, Raíssa Oliveira de Mendonça e Talita Barroso Garcia

Sobre o que é este estudo?

Este estudo tem como objetivo principal investigar o impacto do isolamento físico e suas consequências (em especial exposição à informação e solidão), o efeito mediador de fatores intra-psíquicos (diferentes estratégias de enfrentamento, solidão, e aprisionamento), na ansiedade e sintomas de transtornos mentais comuns, bem como identificar o repertório de sentido e significado atribuído a esta natureza de isolamento, concebido conforme a perspectiva dos grupos sociais aos quais os participantes do estudo fazem parte.

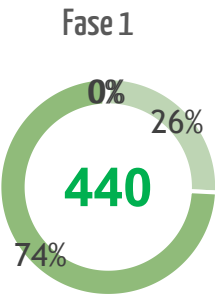
1. <https://www.infondt.org/media/955/download>
2. OLIVEIRA, José Carlos da Silva; SISTO, Fermino Fernandes, Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório, Psicologia: Teoria e Prática, v. 6, p. 45-57, 2004.
3. BARROSO, Sabrina Martins et al, Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 65, p. 68-75, 2016.
4. CARVALHO, Serafim et al, Entrapment - Conceito, definição e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Entrapment, Psychologica - Avaliação Psicológica em Contexto Clínico, v. 54, p. 385-412, 2011
5. SAVÓIA, Mariângela Gentil; SANTANA, Paulo Reinhardt; MEJIAS, Nilce Pinheiro, Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português, Psicologia USP, v. 7, p. 183-201, 1996.
6. O inventário foi criado para a própria pesquisa, e pergunta a participantes a frequência com que faz uso de diferentes mídias de informação (televisão, rádio, jornais impressos e online, redes sociais, mensageiros eletrônicos, podcasts, vídeos).

Quais metodologias foram utilizadas neste estudo?

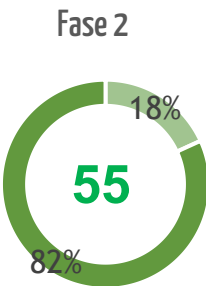
1. Na primeira etapa da pesquisa (Hipóteses 1-4), os/as participantes responderam a um questionário online, com questionário sócio-demográfico, questões sobre seus hábitos de isolamento social, e as seguintes escalas:
 - Self-Report Questionnaire-201 (quantifica sintomas de transtornos mentais comuns)
 - Escala de Ansiedade para Pacientes em Ambulatório² (quantifica sensações e cognições de ansiedade associadas a doenças e sintomas)
 - Escala Brasileira de Solidão UCLA³ (quantifica sentimentos de solidão e isolamento)
 - Escala de Entrapment⁴ (quantifica sentimentos e cognições de aprisionamento interno e externo)
 - Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus⁵ (identifica as principais estratégias de enfrentamento do estresse utilizadas pelo/a respondente)
 - Inventário de fontes de informação sobre a COVID-19⁶
2. Na segunda etapa da pesquisa (Hipótese 5), os/as participantes realizaram uma “tarefa cognitiva de escrita livre”, com a seguinte pergunta: “O que lhe vem à cabeça quando você pensa em isolamento físico?”
3. Os dados da primeira etapa foram analisados por análise de mediação e moderação; os dados da segunda etapa foram analisados através de análise temática de conteúdo.
4. As hipóteses e métodos foram pré-registradas: <https://osf.io/g6j8n>
5. Como o grau de isolamento social no Brasil começou a cair rapidamente (<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>), decidimos por interromper a coleta de dados, alcançando 442 respondentes na primeira etapa (prevíamos 562 respondentes) e 55 respondentes na segunda etapa (prevíamos pelo menos 50 respondentes).

Quem foram os participantes?

Participaram do estudo como um todo 440 participantes maiores de 18 anos, de nacionalidade brasileira. Deste universo 55 pessoas aceitaram o convite para participar da Fase 2 do estudo. Consta-se que o perfil da amostra, no tocante a orientação de gênero, revelou a predominância do gênero feminino sob o masculino, tanto na Fase 1 (Feminino 74% e Masculino 26%) quanto na Fase 2 (Feminino 82% e Masculino 18%) do estudo.



■ Masculino ■ Feminino
■ Não declarado ■ Transexual



■ Masculino ■ Feminino

7. MARI, JJ; WILLIAMS, P, A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo, British Journal of Psychiatry, v. 148, p. 23-28, 1986.

Efeitos diretos

O principal desfecho que analisamos é a resposta ao Self-report Questionnaire 20, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para triagem de transtornos mentais comuns. O ponto de corte dessa escala é de seis ou mais respostas positivas para homens, e oito ou mais respostas positivas para mulheres⁷. Em nossa amostra, a maioria dos respondentes do sexo feminino que saíam o menor número de vezes de suas casas apresentou escores acima do ponto de corte – isso é, apresentavam sintomas que merecem atenção clínica. Para os respondentes do sexo masculino, somente aqueles que saíam menos de 1 vez por mês apresentavam escores acima do ponto de corte (Tabela 1). Infelizmente, apesar de nossa amostra contar com uma minoria de respondentes transexuais e não-binários, não existem guias de triagem para essas populações.

Tabela 1

		Gênero	
Acima do limiar?	Frequência de saída	Feminino	Masculino
Não	< 1 vez por semana	39 (23,1%)	21 (42,0%)
	1-2 vezes por semana	30 (34,5%)	25 (73,5%)
	3-4 vezes por semana	11 (34,4%)	11 (100%)
	Todos os dias	13 (39,4%)	10 (55,6%)
Sim	< 1 vez por semana	130 (76,9%)	29 (58,0%)
	1-2 vezes por semana	57 (65,5%)	9 (26,5%)
	3-4 vezes por semana	21 (65,6%)	0 (0%)
	Todos os dias	20 (60,6%)	8 (44,4%)

Efeito Direto

Em termos absolutos, observamos que as pessoas que cumpriram o isolamento social de maneira mais estrita (i.e., que reportaram ter saído menos de 1 vez por semana ou 1-2 vezes por semana) apresentaram mais sintoma de transtornos mentais comuns (Figura 1A) e reportaram maior ansiedade em relação a sintomas de doenças (Figura 1B, baseada em respostas a uma escala de ansiedade para contextos de ambulatorio⁸), nosso desfecho secundário. Além disso, as pessoas que cumpriram o isolamento social de maneira mais estrita reportaram sentimentos subjetivos de solidão, conforme medidos pela versão brasileira da Escala de Solidão da UCLA⁹ (Figura 1C).

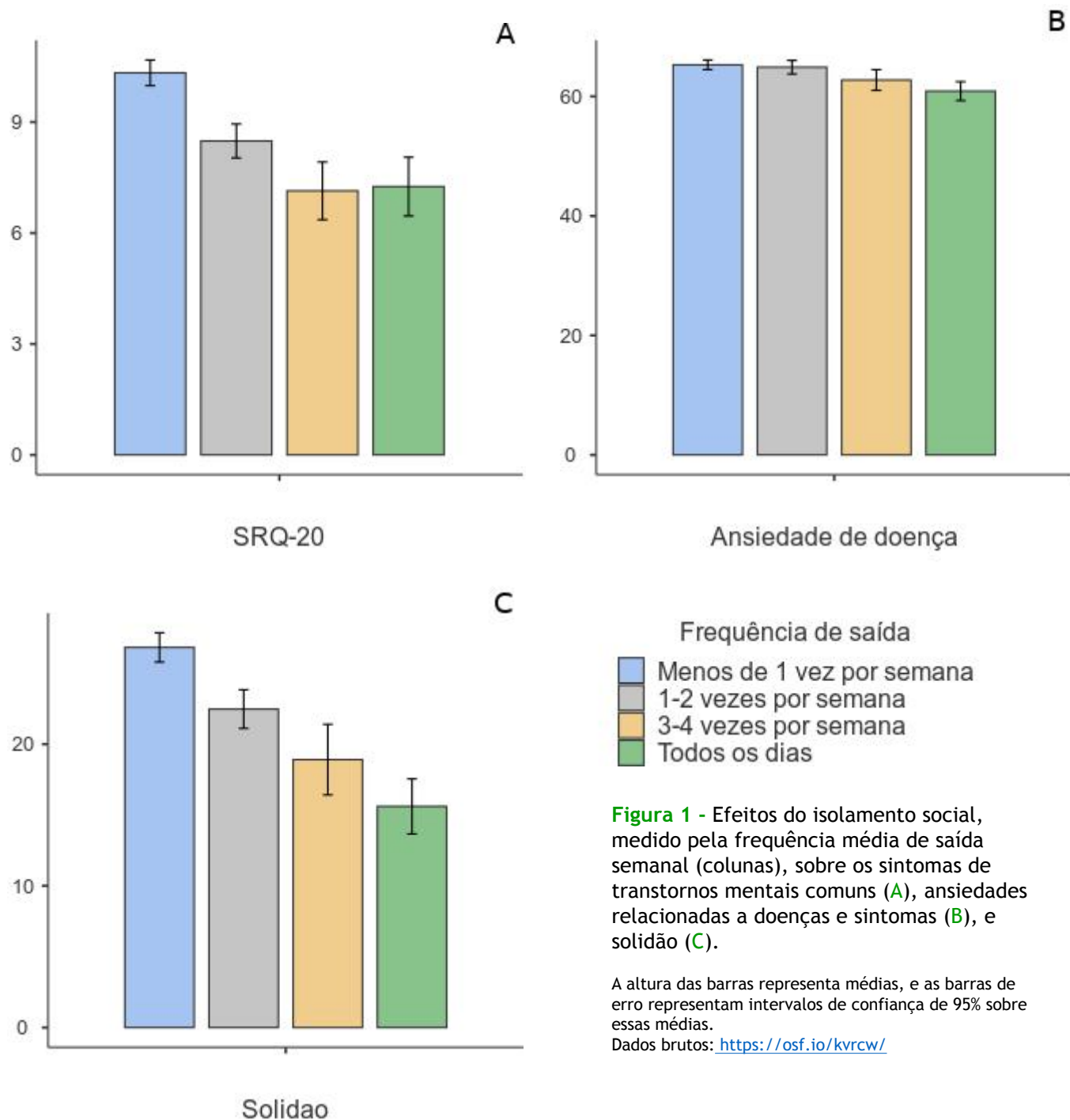


Figura 1 - Efeitos do isolamento social, medido pela frequência média de saída semanal (colunas), sobre os sintomas de transtornos mentais comuns (A), ansiedades relacionadas a doenças e sintomas (B), e solidão (C).

A altura das barras representa médias, e as barras de erro representam intervalos de confiança de 95% sobre essas médias.

Dados brutos: <https://osf.io/kvrcw/>

8. OLIVEIRA, José Carlos da Silva; SISTO, Fermino Fernandes, Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatorio: um estudo exploratório, *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 6, p. 45–57, 2004.
9. BARROSO, Sabrina Martins et al, Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, p. 68–75, 2016.3

Hipótese 1

“Em indivíduos em isolamento, a solidão produzida ativa estratégias de enfrentamento de *afastamento* e *fuga-esquiva*, cuja intensidade está correlacionada diretamente com os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns”

Descobertas Gerais

As estratégias de enfrentamento/*coping* foram avaliadas através da adaptação brasileira do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus¹⁰. Em nossa base de dados (<https://osf.io/kvrcw/>), os dados das outras estratégias de enfrentamento, não utilizadas em nossa análise, podem ser acessados.

Nossos dados deram suporte a hipótese de que a **estratégia de fuga-esquiva** é um mediador importante dos efeitos da solidão causada pelo isolamento nos sintomas de transtornos mentais comuns, e que há relação entre a solidão e a ansiedade de doença, mas a estratégia de fuga-esquiva **não** é um mediador dos efeitos do isolamento. **Em linhas gerais, indivíduos em isolamento que utilizaram estratégias de fuga/esquiva (p. ex., desejar que a situação acabasse logo, ter fantasias de como seria se a pandemia não tivesse ocorrido) apresentaram níveis elevados de sintomas.** Além disso, a **estratégia de afastamento** parece não ser mediador dos efeitos em nenhum dos desfechos.

Hipótese 2

“Em indivíduos em isolamento, baixa utilização de estratégias de enfrentamento de suporte social aumentam o efeito da solidão sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns”

Descobertas Gerais

Nossos dados **não dão suporte** à hipótese de que a utilização de **estratégias de enfrentamento de suporte social** medeia o efeito do isolamento nos sintomas de transtornos mentais comuns ou na ansiedade de doença.

O QUE SÃO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Estratégias de enfrentamento (“coping”) são esforços cognitivos e comportamentais das pessoas para lidar com situações de estresse, dano, ameaça, ou desafio quando não podem usar rotinas ou respostas automática. Esses esforços podem ser conscientes e intencionais, ou inconscientes. Apesar dessas estratégias serem realizadas por indivíduos, é a situação que determina o padrão para estratégias de enfrentamento, e não variáveis pessoais. Existem muitas classificações das estratégias usadas. Lazarus e Folkman, dois dos pesquisadores mais influentes na área, identificaram oito estratégias. Para essa pesquisa, interessam: *fuga-esquiva*, que envolve desligar-se ou ficar longe de uma situação estressante e suas consequências comportamentais e cognitivas/emocionais; *afastamento*, estratégias que são empregadas para desviar a atenção de um fator de estresse e para outros pensamentos ou comportamentos que não estão relacionados com o fator de estresse; *suporte social*, que envolve buscar apoio de outras pessoas para lidar com o fator de estresse; e *reavaliação positiva*, estratégias que são empregadas para reenquadrar positivamente um evento como mais positivo.

10. SAVÓIA et al., 1996, “Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português”, *op. cit.*

Hipótese 3

“Em indivíduos em isolamento, o Aprisionamento Externo modera o efeito da solidão, de maneira que quanto maior a sensação de aprisionamento externo, maior o efeito da solidão sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns.”

Descobertas Gerais

A sensação de aprisionamento (“Entrapment”) foi avaliada através das respostas à versão portuguesa da Escala de *Entrapment*¹¹. Em nossa base de dados, os dados de Aprisionamento Interno, não utilizados em nossa análise, também podem ser encontrados.

Observamos que o Aprisionamento Externo é um importante moderador do efeito do isolamento sobre os sintomas: **indivíduos que saem com menos frequência e que tem menor sensação de Aprisionamento Externo apresentam menor efeito nos sintomas e na ansiedade de doença, enquanto maior sensação de Aprisionamento Externo não afeta os desfechos desses indivíduos**. Dito de outra forma: ainda que esses indivíduos apresentem mais sintomas e ansiedade de doença, o grau com que esses sintomas aparecem depende de como o isolamento social motiva desejos de fuga.

O QUE É APRISIONAMENTO

Fugir ou evitar problemas é uma estratégia extremamente comum. Quando essas estratégias estão altamente ativadas, mas sua concretização é inibida ou adiada (isso é, quando não é possível evitar a fonte do estresse), isso leva a perturbações emocionais, reações comportamentais anômalas, e respostas fisiológicas anormais. As pessoas podem se sentir fortemente motivadas para “fugir” do isolamento social, mas não existe implementação para essa estratégia. Nesse caso, falamos em *aprisionamento externo*.

Hipótese 4

“Em indivíduos em isolamento ou não, uso intenso de estratégias de enfrentamento de reavaliação positiva diminuem (moderam) os efeitos do consumo de informações sobre os sintomas de ansiedade e de transtornos mentais comuns.”

Descobertas Gerais

Em situações de pandemia ou de desastres, o consumo exagerado de informações pela mídia pode influenciar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos. Observamos uma variação nos sintomas em função do tipo de mídia utilizada: **indivíduos consumindo informações provenientes principalmente das redes sociais, de mensageiros (p. ex., WhatsApp), de podcasts, e de vídeos no YouTube apresentam maiores sintomas quanto mais frequente é a checagem de informações**. Nossos dados *não apoiam* a hipótese de que o uso de estratégias de reavaliação positiva moderam esse efeito para qualquer mídia..

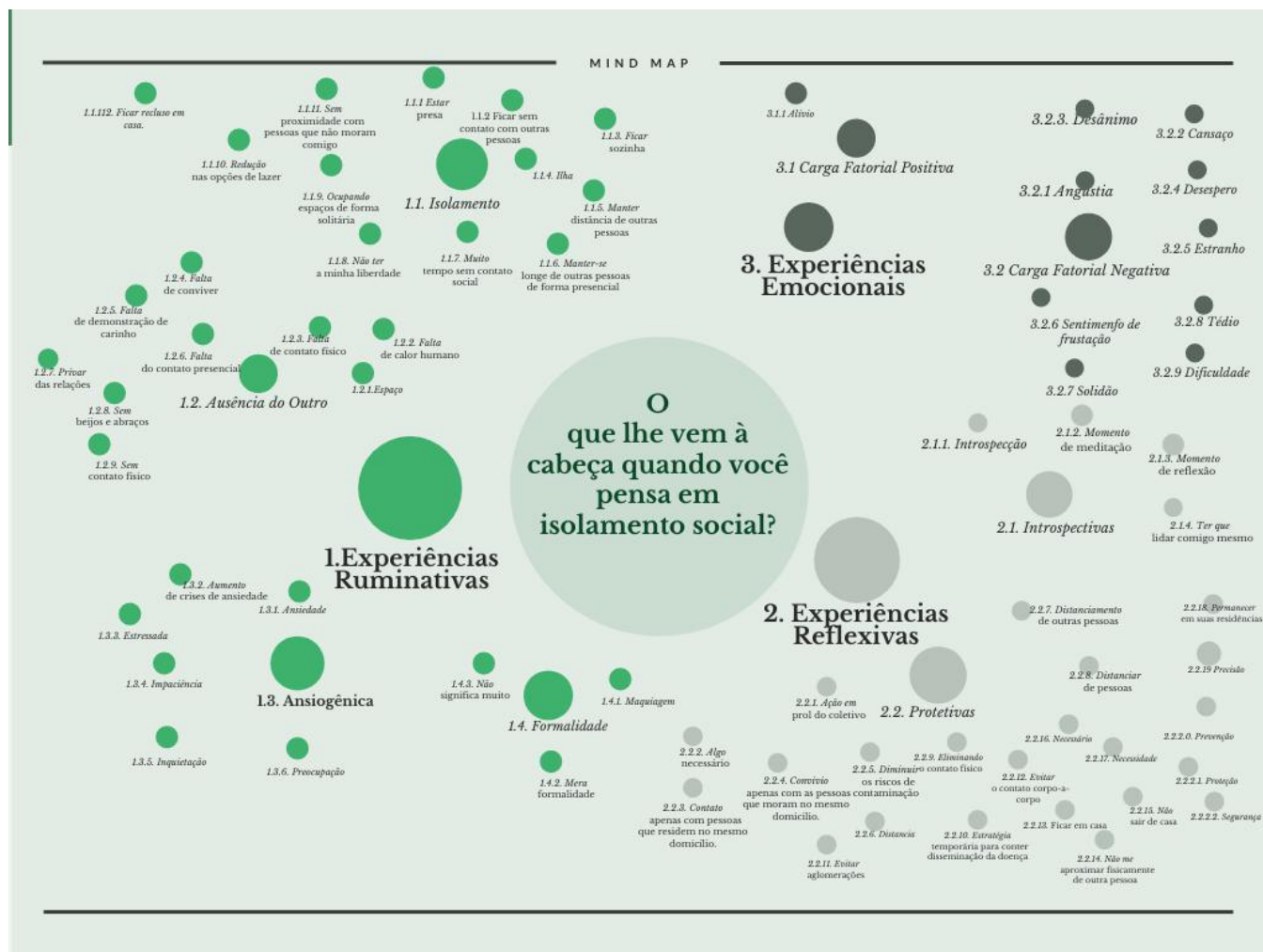
11. CARVALHO et al., 2011, “Entrapment - Conceito, definição e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Entrapment”, *op. cit.*

“O campo semântico do isolamento físico apresenta natureza complexa e multidimensional. ”

Uma Representação Visual dos Resultados Qualitativos

Com o propósito de levantar o repertório de significados atribuído ao isolamento social na pandemia do SARS-COVID 19, concebido em respeito à a perspectiva dos grupos sociais aos quais os participantes do estudo fazem parte, a fim de identificar como as pessoas estão vivenciando o isolamento social de um ponto de vista subjetivo, constata-se que dentre os participantes do presente estudo, há a emergência de significados que apontam para três tipos de experiência, a saber: **reflexiva**, **ruminativa** e **emocional**.

Os dados coletados, quando submetidos ao modelo da Análise de Conteúdo Temático¹², tornaram os tipos de experiências supracitados em três categorias, as quais serão apresentadas em respeito aos respectivos níveis de saturação.



12. BARDIN, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Descobertas Gerais

Experiências Reflexivas

A categoria que mais saturou foi a das “Experiências Reflexivas” que compreende um conjunto de experiências de avaliação positiva direcionadas a própria pessoa, quando da vivência do isolamento físico por ocasião da pandemia. Tal categoria é composta por duas subcategorias, a das “Experiências Reflexivas Protetivas” e a das “Experiências Reflexivas Introspectivas”.

A primeira delas releva um repertório caracterizado por ideias de que o isolamento é “*necessário*”, tem um caráter “*preventivo*”, gera “*segurança*”, se presta a “*diminuição de riscos de contágio*”, bem como, é importante para a “*proteção da coletividade*”.

Contudo, vale destacar que, mesmo de modo menos expressivo, esta natureza de experiência também mobilizou um repertório de sentido e significado que aponta para um movimento de introspecção ocasionado pelo isolamento físico, como se pode observar na subcategoria “Experiências Reflexivas Introspectivas”, representadas pelas unidades de análise “*introspecção*”, “*momento de meditação*”, “*momento de reflexão*” e “*ter que lhe dar comigo mesmo*”.

Dessa forma, percebe-se que, alguns participantes conseguem significar o isolamento como um meio para a obtenção de um fim (diminuição do contágio) e veem tal estratégia como algo necessário, e alguns respondentes ainda conseguem significar o isolamento como uma experiência pessoal, para voltar-se para as próprias questões e usá-lo de alguma forma, para refletir acerca do momento vivido.

Experiências Ruminativas

Os dados revelaram que as experiências subjetivas vivenciadas pelos participantes ao longo do isolamento físico, também têm incidido de modo tenso e ansioso sobre si mesmo, o que se faz perceber quando da emergência da categoria “Experiências Ruminativas”, a qual se constitui por quatro subcategorias: isolamento; ausência do outro, ansiogênica e formalidade, em respeito aos respectivos níveis de saturação.

A subcategoria isolamento faz referência a um repertório de sentido que descreve o ato de estar e se sentir só, sem contato com outras pessoas, ter limitada sua capacidade de ir e vir, o que pode ser percebido pelas unidades de análise “*ficar sozinha*”, “*ilha*”, “*estar presa*” e “*não ter minha liberdade*”.

Ausência do outro é a subcategoria que aglutina um repertório com significados que apontam para a falta que a relação, o encontro presencial com a outra pessoa tem acarretado na vida dos respondentes, o que pode ser percebido através das seguintes unidades de análise: “*falta de calor humano*”, “*falta de conviver*”, “*falta de demonstração de carinho*” e “*falta de contato presencial*”.

Ao nos depararmos com expressões como “*ansiedade*”, “*preocupação*”, “*estressada*”, “*aumento das crises de ansiedade*” e “*inquietação*”, estamos a falar da subcategoria denominada ansiogênica a qual integra um sentido que aponta para indícios da presença de situações de sofrimento psíquico ou agravamento de quadros neuróticos já existentes.

A subcategoria denominada formalidade, diz respeito ao ajuntamento de expressões que fazem alusão a um sentido de cumprimento de norma, pouco importante e superficial, o que pode ser observado nas unidades de análise a seguir: “*mera formalidade*”, “*não significa muito*” e “*maquiagem*”.

Nota-se nessa Categoria, que os significados ruminativos atribuídos ao isolamento são os mais diversos, pairando entre solidões e ansiedades, indiferenças e faltas. Tal categoria elucida de forma abrangente, os sentimentos causados nos participantes pelo distanciamento social e a forma como reflete em suas vidas. Alguns ainda, destacam os sentimentos de privação de liberdade, prisão, o que caracteriza o isolamento como algo com carga negativa.

Experiências Emocionais

Menos expressiva, mas também perceptível, foi a presença de elementos emocionais quando os respondentes se referiam ao isolamento físico ocasionado pela pandemia do SARS-CoV-2. A emergência da categoria “Experiências Emocionais”, revela um repertório de sentido presente em experiências subjetivas de caráter emocional de carga fatorial tanto positiva quanto negativa. Ao observar as subcategorias “Carga Fatorial Positiva” e “Carga Fatorial Negativa”, constata-se que a primeira delas expressa um sentido de “*alívio*”, o que pode ser observado por unidade de análise análoga.

Por sua vez, mais vultosa foi a experiência subjetiva marcada elementos emocionais de gradiente negativo, os quais ocasionaram uma vivência mais tensa e ansiosa, do ponto de vista emocional e sentimental, do período de isolamento físico, o que pode ser percebido nas unidades de análise “*desânimo*”, “*cansaço*”, “*angústia*”, “*tédio*” e “*solidão*”. Também é digno de nota ressaltar que, além das vivências emocionais mais facilmente identificadas e nomeadas, também foi identificado outra de natureza menos delineada de difícil representação simbólica, representado pela unidade de análise “*estranho*”.

Com isso, destaca-se que o isolamento social também têm marcado as experiências emocionais dos indivíduos, principalmente de forma negativa, despertando sentimentos que denotam o distanciamento, a mudança na rotina, o estar só. Mas, ainda, despertam o sentimento de estranheza, onde o indivíduo não consegue identificar exatamente o que tem sentido ao vivenciar a situação atípica causada pela pandemia

Hipótese 5

Ao observar o apanhado geral dos achados da dimensão qualitativa do presente estudo, o qual elenca a presença de diferentes expressões de experiência subjetiva do isolamento físico, na forma de avaliações positivas, ansiosas e emotivas direcionadas à própria pessoa. Tais achados encontram sintonia com os estudos sobre autoconsciência os quais apontam que as pessoas, geralmente, se envolvem em 2 tipos de autoanálise, um de caráter autorreflexivo, que requer uma avaliação positiva de si mesmo, e outro autoruminativo, que denota uma avaliação tensa e ansiosa de si mesmo¹³⁻¹⁶.

Estudos com base nesta perspectiva teórica fazem-se relevante haja vista, conforme adverte Morin¹⁶, que passamos parte considerável de nossas vidas analisando nossos pensamentos e sentimentos privados, o que revela a importância de observar como e com que frequência prestamos atenção a nós mesmos e quais os impactos deste olhar sobre nosso comportamento.

Considerações Finais

Os resultados apresentados nesse relatório não devem ser interpretados como apoiando o fim ou encerramento do isolamento físico/contenção comunitária. Uma grande quantidade de evidências mostraram que essa é a estratégia mais efetiva para conter as mortes causadas pela COVID-19. O que os resultados sugerem é que o isolamento produz efeitos bastante complexos, a depender das avaliações feitas pelos sujeitos (autorreflexivo vs autorruminativo), suas estratégias de enfrentamento do estresse, seu consumo de informações, e o grau de solidão que experimentam.

Esse estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (Parecer 4.042.090). O estudo foi pré-registrado na plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/g6j8n>).

13. FENIGSTEIN, A, Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1241-1250.
14. JOIREMAN, J.A., Parrott, L., & Hammersla, J. (2002). Empathy and the self-absorption paradox: Support for the distinction between self-rumination and self-reflection. *Self and Identity*, 1, 53- 65.
15. TRAPNELL, P.D., & Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the Five-Factor Model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284-304.
16. MORIN, A. (2002). Do you "self-reflect" or "self-ruminate"? *Science & Consciousness Review*. http://psych.pomona.edu/scr/LN_Dec02_SelfRuminate.htm

Recomendações do painel de especialistas

Com base nesses resultados, procuramos profissionais nas áreas de Saúde Mental, Saúde Coletiva, e Psicologia Clínica para construir recomendações individuais, comunitários e coletiva, e institucionais para mitigar efeitos futuros desses problemas.

A partir dos resultados apresentados no relatório, e considerando a necessidade de manter o isolamento social, que orientações podem ser dadas a indivíduos?

Marice Helena de Almeida Oriolo (CRP 86763, Psicóloga e neuropsicóloga)

Buscar engajamento em tarefas restaurativas, não somente produtivas, na medida do possível.

Katerine da Cruz Leal Sonoda (CRP 06400, Docente e pesquisadora da Faculdade de Psicologia/Unifesspa e Coordenadora do Grupo de Estudos e Atendimento Psicanalíticos de Marabá)

A experiência de confinamento é singular para cada sujeito e cada um de nós temos, a partir dos suportes sociais (recebidos ou percebidos) e/ou psíquicos (capacidade para dar sentido / metaforizar/ simbolizar / estratégias de defesa mais ou menos sofisticadas) disponíveis, possibilidades para lidar com essa experiência.

Após seis meses de isolamento é importante perceber que, se por um lado, as pessoas estão mais cansadas e, eventualmente, sintomáticas/inibidas (transtornos mentais comuns/sofrimento psíquico intenso), também já existe mais informação e conhecimento sobre a pandemia, a doença e seus efeitos.

Orientação 1: Se você não se contaminou (ou, tendo se contaminado, sobreviveu): Uau! Milhares não podem mais contar suas histórias. Agradeça e continue se protegendo.

Orientação 2: Após meses de confinamento, já sabemos mais sobre a doença e já temos mais segurança para escolher boas fontes de informação. Usemos com moderação essas fontes.

Orientação 3: Respeitem seus processos de luto.

Orientação 4: Peça ajuda profissional se estiver difícil demais (muitos coletivos ainda estão oferecendo ajuda psicológica / psiquiátrica durante a pandemia).

Orientação 5: Fortaleça suas redes de apoio social / familiar. Cuide-se e cuide dos seus.

Recomendações do painel de especialistas

Com base nesses resultados, procuramos profissionais nas áreas de Saúde Mental, Saúde Coletiva, e Psicologia Clínica para construir recomendações individuais, comunitários e coletiva, e institucionais para mitigar efeitos futuros desses problemas.

A partir dos resultados apresentados no relatório, e considerando a necessidade de manter o isolamento social, que orientações podem ser dadas a comunidades e/ou coletivos?

Marice Helena de Almeida Oriolo (CRP 86763, Psicóloga e neuropsicóloga)

Buscar alternativas de ajuda mútua, de revezamento, rodízios para executar tarefas, assim levando à estimulação de competências pró-sociais, diminuição da sobrecarga cognitiva, e criação demandas executivas para aqueles que estão sendo menos exigidos pelo ambiente.

Katerine da Cruz Leal Sonoda (CRP 06400, Docente e pesquisadora da Faculdade de Psicologia/Unifesspa e Coordenadora do Grupo de Estudos e Atendimento Psicanalíticos de Marabá)

Orientação 1: Diante dos ataques frequentes à democracia é importante o fortalecimento do laço social e das redes de apoio mútuo. Isso pode ser feito localmente (ativismos sociais) e virtualmente.

Orientação 2: Promover espaços para elaboração coletiva do luto

A partir dos resultados apresentados no relatório, e considerando a necessidade de manter o isolamento social, que orientações podem ser dadas a instituições públicas envolvidas com saúde mental?

Marice Helena de Almeida Oriolo (CRP 86763, Psicóloga e neuropsicóloga)

Tentar acessar remotamente grupos vulneráveis, criar programas de estimulação para aumento de reserva cognitiva e resiliência, criar reuniões *on line* grupais, usar recursos de cartas para aqueles que tem dificuldade ou pouco acesso a Internet.

Katerine da Cruz Leal Sonoda (CRP 06400, Docente e pesquisadora da Faculdade de Psicologia/Unifesspa e Coordenadora do Grupo de Estudos e Atendimento Psicanalíticos de Marabá)

Gestores/trabalhadores da saúde devem estar atentos para os afeitos pós pandemia. Acolher as narrativas que surgirem entre os profissionais; Organizar grupos de *Debriefing*; Promover espaços de circulação da palavra.

Os dados dessa pesquisa, bem como “preprints” dos artigos que dela resultaram, podem ser acessados na plataforma Open Science Framework:

<https://osf.io/fv7ax/>