

# O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo

## The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence

Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin

Descarregar documento original

Texto elaborado por  
Mafalda Corvacho,  
Centro Hospitalar Universitário  
do Algarve, Unidade de Faro

### Introdução

*Quarentena* é a separação e restrição da liberdade de circulação de pessoas que tenham sido potencialmente expostas a uma doença infectocontagiosa, de forma a monitorizar o seu estado de saúde, diminuindo o risco de contagiar outras pessoas; enquanto que o *isolamento* consiste na separação de pessoas diagnosticadas com uma doença contagiosa das outras pessoas que não estão doentes. Apesar desta distinção, estes termos acabam por ser utilizados de forma intercambiável, especialmente pela população geral.

### O impacto psicológico da quarentena

Num estudo com profissionais de saúde com potencial contacto com doentes com SARS, ter estado de quarentena revelou-se o factor mais preditivo de sintomas de Reacção aguda ao stress. O mesmo estudo demonstrou ainda que os profissionais sob quarentena apresentavam probabilidade significativamente maior de reportar exaustão, distanciamento dos outros, ansiedade aquando a observação de doentes com febre, irritabilidade, insónia, dificuldades de concentração e na tomada de decisões, deterioração da qualidade do trabalho prestado e relutância em trabalhar ou considerar a demissão.<sup>1</sup>

Outro estudo aponta o efeito de estar de quarentena como um preditor de sintomas de Perturbação de stress pós-traumático (PSPT) em profissionais de saúde, até 3 anos após o evento.<sup>2</sup> Quando comparados sintomas de PSPT em pais e crianças sob quarentena *versus* aqueles sem serem submetidos a quarentena demonstrou que a média de scores de stress pós-traumático era 4 vezes superior entre crianças que tinham sido submetidas a quarentena. 28% dos pais sob quarentena reportava sintomas suficientes para terem o diagnóstico de uma perturbação relacionada com trauma, enquanto que tal se verificou em apenas 6% dos pais não submetidos a quarentena.<sup>3</sup>

Segundo outro estudo, 9% dos profissionais de saúde que tinham estado em quarentena apresentavam sintomas depressivos 'elevados' 3 anos após o evento.<sup>4</sup>

De acordo com a literatura, o humor depressivo (73%) e a irritabilidade (57%) parecem ser os sintomas mais prevalentes entre as pessoas que tenham estado sob quarentena.<sup>5</sup> Pessoas sob quarentena por contacto próximo com casos suspeitos ou confirmados de SARS reportaram várias respostas negativas durante este período, nomeadamente: medo (20%), nervosismo (18%), tristeza (18%) e culpa (10%). Poucos reportaram sentimentos positivos, sendo que 5% reportou sentimentos de felicidade e 4% referiu sentir alívio.<sup>8</sup>

Em discordância com os resultados supracitados, um estudo que comparou um grupo de estudantes universitários que tinha sido submetido a quarentena com outro que não tinha estado de quarentena, não encontrou diferenças estatisticamente significativas em termos de sintomas de stress pós-traumático ou problemas gerais de saúde mental imediatamente após o final do período de quarentena.<sup>9</sup>

Dois estudos descreveram os efeitos a longo prazo da quarentena. Verificou-se uma associação positiva entre o abuso de álcool/sintomas de depen-

dência e o ter estado de quarentena, 3 anos após o surto de SARS. Após ajuste para variáveis demográficas, ter estado em quarentena ou ter trabalhado numa localização de elevado risco foram os dois tipos de exposição com associação significativa com estes *outcomes*.<sup>6</sup> De facto, muitas pessoas continuam a ter comportamentos de evitamento após a quarentena. Para profissionais de saúde, estar de quarentena está significativa e positivamente associado a comportamentos de evitamento, como a minimização do contacto directo com doentes ou o absentismo laboral.<sup>7</sup> Segundo um estudo realizado com um grupo de indivíduos que foi submetido a quarentena por potencial contacto com SARS, nas semanas após o período de quarentena, 54% destas pessoas continuava a evitar outras que estivessem a tossir ou a espirrar, 26% evitava locais fechados com aglomerados de pessoas, e 21% evitava espaços públicos.<sup>8</sup> Um estudo qualitativo demonstrou que vários participantes mantinham alterações de comportamento após a quarentena, nomeadamente lavagem das mãos de forma cautelosa, evitamento de aglomerados sendo que, para alguns dos indivíduos o retorno à normalidade aconteceu apenas vários meses depois.

### **Preditores pré-quarentena do impacto psicológico**

A evidência existente na literatura relativamente às características e variáveis demográficas e o seu valor preditivo do impacto psicológico da quarentena é ambígua. Um estudo com um grupo de indivíduos proprietários de cavalos em quarentena devido à influenza equina identificou uma associação entre várias características e um impacto psicológico negativo, a saber: idade jovem (16-24 anos), baixo nível educacional, género feminino e ter um filho (em oposição a não ter filhos, embora ter três ou mais filhos parecer ser protector).<sup>10</sup> Por outro lado, outro estudo não verificou qualquer associação entre o *outcome* psicológico e factores demográficos como o estado marital, idade, educação, viver com outros adultos ou ter filhos.<sup>14</sup>

Relativamente aos antecedentes pessoais, verificou-se uma associação entre história pessoal de doença psiquiátrica e sintomas de ansiedade e sentimentos de raiva 4 a 6 meses após a quarentena.<sup>11</sup>

Quanto à classe profissional, verificou-se a presença de sintomas de stress pós-traumático mais graves entre profissionais de saúde sob quarentena, em comparação com a população geral, cotando significativamente mais em todas as dimensões.<sup>9</sup> Os profissionais de saúde relatavam mais sentimentos de estigmatização que a população geral, mais comportamentos de evitamento e mostravam-se consistentemente mais afectados do ponto de vista psicológico; referiam também mais raiva, medo, frustração, culpa, desesperança, preocupação e eram menos felizes. Além disto, os profissionais de saúde eram substancialmente mais propícios a pensar que estariam infectados com SARS e estarem preocupados com a possibilidade de contagiar outros. Outro estudo sugere, em oposição, que o status de profissional de saúde não se associa ao *outcome* psicológico.<sup>18</sup>

### **Stressores durante a quarentena**

1. Duração da quarentena – 3 estudos demonstraram uma associação positiva entre a duração da quarentena e pior saúde mental, mais concretamente sintomas de stress pós-traumático,<sup>9,14</sup> comportamentos de evitamento e raiva.<sup>8</sup> Pessoas em quarentena superior a 10 dias demonstravam sintomas de stress pós-traumático significativamente mais elevados do que aquelas com períodos de quarentena inferiores.

2. Medo de contrair a infecção – os indivíduos sob quarentena apresentavam maior probabilidade de experienciar medo de contagiar os membros da família do que aqueles que não cumpriram quarentena.<sup>1,8,12-16</sup> Estes indivíduos também se mostravam particularmente preocupados com sintomas físicos potencialmente associados a infecção, e o medo de que os sintomas pudessem estar associados a infecção continuava associado a pior *outcome* psicológico meses depois.<sup>11,13</sup> Esta preocupação parece ser mais frequente em mulheres grávidas ou com filhos pequenos.<sup>30</sup>

3. Frustração e tédio/aborrecimento, por confinamento, perda da rotina e dos contactos sociais e físicos. Esta frustração parece estar exacerbada quando não é possível participar em actividades de networking social via telefone ou internet, e quando não é possível a realização de actividades do quotidiano (como a compra de bens essenciais).

4. Bens essenciais insuficientes é causa de frustração e continua a estar associada a sintomas de ansiedade e raiva até 4 a 6 meses depois do fim da quarentena.

5. Informação inadequada relativamente aos cuidados a ter, risco real e gravidade da pandemia.

### **Stressores pós-quarentena**

1. Perda financeira parece ter efeitos negativos a longo prazo. Nos estudos revistos, a perda financeira resultante da quarentena cria grave *distress* socioeconómico, representando um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas de perturbações psicológicas, raiva e ansiedade até vários meses após a quarentena.<sup>17-19</sup> Num estudo realizado no Canadá, verificou-se que os indivíduos com menor rendimento (inferior a CAN\$40,000/ano) apresentavam significativamente mais sintomas depressivos e de stress pós-traumático<sup>18</sup> – esta associação deve-se, provavelmente, ao facto de aqueles com menores vencimentos serem mais afectados por perdas temporárias do rendimento, do que aqueles com ordenados superiores. Assim, é importante que seja fornecido maior apoio às pessoas em quarentena com rendimento familiar inferior, bem como àquelas que perdem totalmente a remuneração durante este período. Devem ser fornecidos reembolsos financeiros sempre que possível, e desenvolvidos programas para fornecer apoio financeiro durante o período de quarentena. Apesar de se priorizar também o trabalho a partir de casa, para reduzir as perdas financeiras e evitar o tédio, deve-se ter em consideração que, nesta situação, a produtividade será inferior ao normal.

2. Estigma – profissionais de saúde que tinham estado de quarentena relataram maior estigmatização e rejeição pelos vizinhos, referindo ainda sentir-se tratados de forma diferente, nomeadamente: serem evitados, receberem menos convites para eventos sociais, serem tratados com medo ou suspeição e receberem comentários críticos.<sup>1,8,11-16</sup> Profissionais de saúde envolvidos no surto de Ébola no Senegal referiram ainda sentirem mais tensão dentro de casa, entre os familiares, por estes considerarem o seu trabalho demasiado perigoso.<sup>12</sup> A educação das pessoas sobre a doença e razões da quarentena, bem como informação de saúde pública disponibilizada para a população geral podem ser medidas benéficas na redução do estigma. Os relatos nos *media* devem ser feitos com prudência, uma vez que cabeçalhos dramáticos e alarmistas poderão contribuir para atitudes mais estigmatizantes na população geral.<sup>25</sup>

### **O que pode ser feito para mitigar as consequências da quarentena?**

Os efeitos psicológicos negativos durante o período de quarentena não são, de facto, surpreendentes. Mais problemáticos parecem ser os efeitos a longo prazo (meses a anos), e sugerem a necessidade de implementação de medidas de mitigação efectivas durante o processo de planeamento da quarentena. Os resultados obtidos com esta revisão não suportam de forma consistente que qualquer factor demográfico represente um factor de risco para um pior *outcome* psicológico após a quarentena, de forma a necessitar de especial atenção. No entanto, a história pessoal de doença psiquiátrica foi apenas estudada como factor de risco num único estudo. A literatura sugere uma associação entre história psiquiátrica e *distress* psicológico após experiência de qualquer trauma '*disaster-related*'. Parece também provável que pessoas com pior saúde mental necessitem de apoio extra durante a quarentena. A evidência sugere ainda uma maior prevalência de *distress* psicológico entre profissionais de saúde em quarentena, embora quando comparados com profissionais de outras áreas, os resultados sejam incongruentes.

1. Restringir a duração ao mínimo possível – o prolongamento, por mais pequeno que seja, de um período de quarentena já a decorrer é um potencial exacerbador de qualquer sentimento de frustração ou desmoralização.<sup>26</sup> O isolamento obrigatório por tempo indefinido, imposto pelas autoridades, poderá também ser mais prejudicial do que quarentenas limitadas ao período de incubação.

2. Fornecer à população o máximo de informação possível – o medo e a interpretação catastrófica de qualquer sintoma físico experienciado durante a quarentena são comuns entre pessoas preocupadas com a exposição a qualquer doença infecciosa, sendo que podem ser exacerbados pela desinformação ou informação insuficiente fornecida pelas autoridades de saúde. Assim, mostra-se de extrema importância que as pessoas compreendam a doença e as razões da necessidade de quarentena.

3. Garantir que as pessoas tenham bens essenciais adequados em tempo útil.

4. Diminuir o tédio e potenciar a comunicação – torna-se importante activar os contactos sociais, uma vez que a impossibilidade de o fazer é causa

não só de ansiedade imediata, mas também de *distress* a longo prazo.<sup>27, 28</sup> Um estudo sugere que a existência de uma linha telefónica de apoio, com técnicos de saúde mental disponíveis e direcionada especificamente para aqueles em quarentena, poderá ser uma medida eficaz ao permitir que a pessoa tenha uma rede social de suporte. Garantir condições para que a pessoa esteja em contacto com os amigos e familiares (telemóvel, carregador, Wi-Fi...) poderá diminuir o sentimento de isolamento, stress e pânico.<sup>27</sup> É importante também que as autoridades de saúde mantenham linhas de comunicação para monitorizar e dar instruções na eventualidade de aparecimento de sintomas. Este serviço permite não só que as pessoas de quarentena não se sintam esquecidas, mas também o sentimento de que o seu estado de saúde é tão importante como o das restantes pessoas. Apesar de não existirem estudos a avaliar os benefícios desta intervenção, pensa-se que poderá atenuar sentimentos de medo, preocupação e raiva.

5. Os profissionais de saúde necessitam de atenção especial – pela estigmatização, preocupação com a possibilidade de deixar a restante equipa sobrecarregada de trabalho e sensação de isolamento pela separação da restante equipa (com quem, normalmente, o contacto é próximo e diário). Em situações de epidemia, a existência de suporte organizacional mostra-se protectora para a saúde mental dos profissionais de saúde.

6. Altruísmo é melhor que coação – Não existem estudos que avaliem as diferenças entre os efeitos psicológicos de quarentena voluntária *versus* obrigatória. O reforço do facto de que a quarentena é uma forma de ajudar os outros e a expressão de gratidão pelas autoridades de saúde poderão diminuir os efeitos negativos na saúde mental, bem como promover a adesão à quarentena.

### **O que ainda não se sabe**

As recomendações deste estudo são baseadas na evidência existente, sendo que a maioria incide sobre pequenos grupos de pessoas. Apesar de se prever que vários factores de risco para pior *outcome* psicossocial sejam os mesmos para uma quarentena de larga escala (cidades ou países inteiros), poderá verificar-se diferenças na actual situação vivida. Para além disto, eventuais diferenças e particularidades culturais deverão também ser consideradas. Salienta-se ainda que alguns estudos avaliaram a presença de sintomas de stress pós-traumático de acordo com escalas desenhadas para PSPT, apesar de a quarentena não ser qualificada como trauma, segundo o DSM-5.<sup>29</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatry Serv* 2004; 55: 1055-57
2. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 302-11.
3. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013; 7: 105-10
4. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 15-23.
5. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med* 2005; 61: 2038-46.
6. Wu P, Liu X, Fang Y, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol* 2008; 43: 706-12.
7. Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 991-98
8. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008; 136: 997-1007.
9. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 75-77
10. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health* 2008; 8: 347
11. Jeong H, Yim HW, Song Y?J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health* 2016; 38: e2016048.
12. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs* 2005; 22: 398-406.
13. Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Soc Sci Med* 2017; 178: 38-45
14. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1206-12
15. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* 2003; 168: 1245-51.
16. Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 403-07
17. Pellecchia U, Crestani R, Decroo T, Van den Bergh R, Al-Kourdi Y. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One* 2015; 10: e0143036
18. Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol* 2009; 28: 91-100.
19. Alvarez J, Hunt M. Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress* 2005; 18: 497-505
20. DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Bio-secur Bioterror* 2004; 2: 265-72.
21. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med* 2005; 61: 2038-46.
22. Pan PJD, Chang S?H, Yu Y?Y. A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: learning from practice. *J Spec Group Work* 2005; 30: 363-74.
23. Wester M, Giesecke J. Ebola and healthcare worker stigma. *Scand J Public Health* 2019; 47: 99-104.
24. Wilken JA, Pordell P, Goode B, et al. Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola virus disease-Margibi County, Liberia: February-March 2015. *Prehosp Disaster Med* 2017; 32: 673-78.
25. Person B, Sy F, Holton K, et al. Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 358-63.
26. Rona RJ, Fear NT, Hull L, et al. Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study. *BMJ* 2007; 335: 603
27. Manuell M?E, Cukor J. Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters* 2011; 35: 417-42
28. Rubin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Simpson J, Wessely S. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *BMJ* 2005; 331: 606.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM?5. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
30. Braunack-Mayer A, Tooher R, Collins JE, Street JM, Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health* 2013; 13: 344