



Teleatendimento Psicológico em Comunidades Tradicionais da Amazônia durante a Pandemia da COVID-19

Psychological Telecare in Traditional Communities of the Amazon during the COVID-19 Pandemic

Teleatención Psicológica en Comunidades Tradicionales de la Amazonía durante la Pandemia de la COVID-19

Andréia de Azevedo Swierczynski Pitombo – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0006-5339-4375> ; <http://lattes.cnpq.br/6274018348188255> ; aaspitombo@gmail.com

Ivo Emílio Da Cruz Jung – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0002-0516-7278> ; <http://lattes.cnpq.br/6069869193129982> ; ivojung@gmail.com

Verônica Farina Azzolin – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0002-8191-5450> ; <http://lattes.cnpq.br/2668411219019981> ; azzolinveronica@hotmail.com

Euler Esteves Ribeiro – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0003-3878-1933> ; <http://lattes.cnpq.br/6760036358198639> ; unatieuler@gmail.com

Virgílio Vianna – Fundação Amazonia Sustentável, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0003-4936-0923> ; <http://lattes.cnpq.br/9104846013813729> ; virgilio.viana2@fas-amazonas.org

Kelly Cristina Cebalho – Fundação Amazonia Sustentável, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0001-3643-0219> ; <http://lattes.cnpq.br/5331299782161371> ; fernandabarbisian@gmail.com

Cristina Maranghello – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0009-3057-9192> ; <http://lattes.cnpq.br/2599848065004501> ; cristinamaranghello@gmail.com

Ketlen Nascimento Gomes – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0001-7959-9356> ; <http://lattes.cnpq.br/0319227648028554> ; ketlencanto@hotmail.com

Márcia Batista Santoro – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0000-4962-6109> ; <http://lattes.cnpq.br/9042266632696441> ; unatimarcia@gmail.com

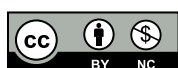
Eduardo Vélez-Martin – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0001-8028-8953> ; <http://lattes.cnpq.br/5933591281204361> ; evelezmartin@gmail.com

Ivana Beatrice Mânica da Cruz – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0003-3008-6899> ; <http://lattes.cnpq.br/3426369324110716> ; ibmcruz@hotmail.com

Fernanda Barbisan – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0002-2960-7047> ; <http://lattes.cnpq.br/1428674947616182> ; fernandabarbisian@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever e discutir a implantação de uma estratégia de telecuidado psicológico em comunidades tradicionais do Estado do Amazonas durante a pandemia da COVID-19. **Método:** Pesquisa-ação desenvolvida no projeto “SUS na Floresta”, em comunidades tradicionais de 16 municípios do Amazonas, entre maio de 2020 e dezembro de 2022. As comunidades foram selecionadas por sua inserção nas ações da “Aliança COVID-Amazons”, considerando a vulnerabilidade territorial, a dificuldade de acesso à saúde mental especializada, a presença de populações ribeirinhas e indígenas e a articulação com Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Indígenas de Saúde. O estudo contemplou a análise do contexto pré-pandêmico, a organização da estratégia e a análise descritiva dos dados assistenciais. **Resultados:** No período que antecedeu a pandemia, observou-se que as populações parda, negra e indígena apresentavam baixa cobertura de assistência em saúde mental e taxas de suicídio superiores à média nacional. O telecuidado psicológico foi estruturado com base em estratégias integradas — tele-conhecer, tele-planejar, tele-agir e tele-transformar — e contou com a atuação central dos Agentes Comunitários de Saúde, possibilitando a realização de 469 atendimentos psicológicos entre maio de 2020 e dezembro de 2022. Identificou-se uma demanda reprimida



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

por cuidado psicológico, pois 95% dos pacientes não tinham acompanhamento prévio com psicólogos. As principais queixas envolveram ansiedade, depressão, sofrimento familiar e vulnerabilidade social. **Conclusão:** A experiência descrita evidenciou o potencial do teleatendimento psicológico como estratégia para a promoção da saúde mental em comunidades tradicionais brasileiras, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e territorial. Destaca-se que, embora o sistema de saúde universal e gratuito tenha sido implementado em 1988, o “SUS na Floresta” só chegará se seguir caminhos digitais e inovadores.

Descritores: Telessaúde Mental; Povos indígenas; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe and discuss the experience of implementing a telepsychological care strategy in traditional communities in the State of Amazonas during the COVID-19 pandemic. **Method:** Action research carried out within the project “SUS in the Forest,” conducted in traditional communities across 16 municipalities in the state of Amazonas, Brazil, between May 2020 and December 2022. The communities were selected based on their involvement in the COVID-Amazonas Alliance initiatives, considering territorial vulnerability, limited access to specialized mental health care, the presence of riverine and Indigenous populations, and coordination with Community Health Agents and Indigenous Health Agents. The study included an analysis of the pre-pandemic context, the organization of the strategy, and a descriptive analysis of care-related data. **Results:** In the pre-pandemic period, brown, Black, and Indigenous populations exhibited limited mental health care coverage and suicide rates higher than the national average. The psychological telecare experience was structured based on integrated strategies—tele-knowing, tele-planning, tele-acting, and tele-transforming—and relied on the central role of Community Health Agents (CHA), enabling the delivery of 469 psychological consultations between May 2020 and December 2022. A latent demand for psychological care was observed, as 95% of patients had no prior follow-up with psychologists. The main complaints included anxiety, depression, family-related distress, and social vulnerability. **Conclusion:** The experience described highlights the potential of psychological telecare as a strategy to promote mental health in Brazilian traditional communities, particularly in contexts of social and territorial vulnerability. It is emphasized that, although a universal and free public health system has been in place in Brazil since 1988, the “SUS in the Forest” will only become a reality through the adoption of digital and innovative strategies.

Descriptors: Telemental Health; Indigenous Peoples; Community Health Workers.

RESUMEN

Objetivo: Describir y discutir la experiencia de implementación de una estrategia de atención telepsicológica en comunidades tradicionales del Estado de Amazonas durante la pandemia de COVID-19. **Método:** Investigación-acción realizada en el marco del proyecto “SUS en la Selva”, llevada a cabo en comunidades tradicionales de 16 municipios del estado de Amazonas, Brasil, entre mayo de 2020 y diciembre de 2022. Las comunidades fueron seleccionadas en función de su participación en las iniciativas de la Alianza COVID-Amazonas, considerando la vulnerabilidad territorial, el acceso limitado a la atención especializada en salud mental, la presencia de poblaciones ribereñas e indígenas, y la articulación con Agentes Comunitarios de Salud y Agentes Indígenas de Salud. El estudio incluyó un análisis del contexto prepandémico, la organización de la estrategia y un análisis descriptivo de los datos asistenciales. **Resultados:** En el período prepandémico, se observó que las poblaciones parda, negra e indígena presentaban una baja cobertura de atención en salud mental y tasas de suicidio superiores al promedio nacional. La experiencia de telecuidado psicológico se estructuró a partir de estrategias integradas —tele-conocer, tele-planificar, tele-actuar y tele-transformar— y contó con la participación central de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), lo que permitió la realización de 469 atenciones psicológicas entre mayo de 2020 y diciembre de 2022. Se observó una demanda reprimida de atención psicológica, ya que el 95% de los pacientes no contaba con seguimiento previo con psicólogos. Las principales quejas incluyeron ansiedad, depresión, sufrimiento familiar y vulnerabilidad social. **Conclusión:** La experiencia descrita pone de manifiesto el potencial de la teleatención psicológica como estrategia para la promoción de la salud mental en comunidades tradicionales brasileñas, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y territorial. Se destaca que, aunque el sistema de salud universal y gratuito fue implementado en 1988, el “SUS en la Selva” solo será posible mediante la adopción de enfoques digitales e innovadores.

Descriptores: Telesalud Mental; Pueblos Indígenas; Agentes Comunitarios de Salud.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 causou grande impacto na saúde mental, no acesso aos serviços de saúde e nas dinâmicas comunitárias de populações tradicionais, incluindo as indígenas, em várias partes do mundo⁽¹⁻⁴⁾. No Brasil, foi observado um padrão epidemiológico semelhante⁽⁵⁾, caracterizado por maior vulnerabilidade sanitária, desigualdade no acesso aos serviços de saúde e agravamento dos indicadores de saúde mental em territórios ocupados por comunidades tradicionais.

No país, estima-se que, em 2019, cerca de 4,5 milhões de pessoas faziam parte de comunidades tradicionais. Elas ocupavam, aproximadamente, 25% do território nacional, representadas, entre outros, por indígenas, quilombolas afrodescendentes e povos ribeirinhos^(6,7).

A expectativa inicial de disseminação e contágio do coronavírus era a de que a COVID-19 se concentrasse nas regiões mais populosas e envelhecidas do país, especialmente no Sul e no Sudeste do Brasil^(6,8). No entanto, evidências demonstraram que o impacto inicial da pandemia foi mais intenso na Região Norte, particularmente no Estado do Amazonas, em função de limitações estruturais do sistema de saúde, das dificuldades logísticas de acesso aos serviços, da elevada situação de vulnerabilidade social e sanitária, bem como da rápida interiorização do vírus⁽⁹⁾.

Esse cenário assumiu especial relevância no Amazonas, onde se concentram cerca de 165 povos indígenas que convivem com uma extensa rede de comunidades ribeirinhas tradicionais. Tanto os povos indígenas quanto os ribeirinhos são reconhecidos pela Constituição Federal brasileira como povos e comunidades tradicionais, caracterizados por identidades culturais próprias, formas específicas de organização social e modos de vida distintos da sociedade hegemônica^(10–13).

Essas populações compartilham barreiras históricas de acesso a serviços especializados, incluindo atenção psicossocial, o que potencializa situações de vulnerabilidade em contextos de emergência sanitária e de estressores coletivos, como a pandemia.

Os povos tradicionais ribeirinhos vivem próximos aos rios e têm a pesca artesanal como importante atividade de subsistência; cultivam pequenas roças para autoconsumo e podem praticar atividades extrativistas. Muitos ribeirinhos são identificados como “caboclos”, populações mestiças tradicionalmente residentes em áreas rurais, resultantes de processos históricos de miscigenação entre indígenas, europeus e africanos, frequentemente categorizadas como “pardas”⁽¹⁴⁾. Assim como os povos indígenas, as populações ribeirinhas que vivem em regiões remotas apresentam elevada vulnerabilidade a mudanças socioambientais e a limitações de infraestrutura e acesso aos serviços de saúde⁽¹³⁾.

Estudos iniciais⁽¹⁾, realizados nos Estados Unidos, descreveram que indígenas estariam mais suscetíveis à infecção pelo vírus SARs-CoV-2. De forma semelhante, no Brasil, um estudo⁽⁹⁾ identificou que a etnia parda constituiu o segundo fator de risco mais relevante para mortalidade por COVID-19, superada apenas pela idade, com razão de risco (RR) de 1,45 (IC 95%: 1,33–1,58), especialmente na Região Norte do país.

Além do maior risco clínico e epidemiológico, essas desigualdades estruturais também repercutem na saúde mental. A literatura aponta que, durante a pandemia da COVID-19, a carência de serviços e profissionais especializados em saúde mental, o acesso restrito a informações de qualidade e a falta de acesso a insumos contribuíram para o surgimento de sentimentos negativos, como medo, ansiedade e desesperança. Esses fatores podem agravar condições mentais pré-existentes, como depressão, ideação suicida e dependências químicas, a exemplo do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, especialmente diante da necessidade de isolamento social imposta pela dinâmica de transmissão do coronavírus⁽¹⁵⁾.

Nesse cenário, é fundamental destacar que comunidades tradicionais, particularmente povos indígenas, já apresentavam elevados índices de sofrimento psíquico e de suicídio antes mesmo da pandemia, associados a processos históricos e sociais, como mudanças no estilo de vida, industrialização e degradação ambiental. Assim, a pandemia da COVID-19 atuou como um agravante, aprofundando situações de vulnerabilidades pré-existentes e ampliando o impacto negativo sobre a saúde mental dessas populações⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto epidemiológico e social, foi criada a força-tarefa denominada “Aliança COVID-Amazonas”⁽¹⁶⁾, liderada pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), com a participação de órgãos governamentais, instituições de ensino e pesquisa, organizações da sociedade civil, fundações privadas e Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo consistiu em mitigar os impactos da pandemia em comunidades remotas do Amazonas.

Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, essa experiência é particularmente relevante. Isso ocorre porque evidencia o potencial das soluções digitais como ferramentas de organização do cuidado, de fortalecimento da atenção psicossocial e de redução das iniquidades em saúde em contextos de emergência sanitária e em regiões de difícil acesso.

Entre as principais ações implementadas, destacam-se o uso de tecnologias digitais e a criação de pontos estratégicos de conectividade. Tais ações possibilitaram a oferta de atendimento psicológico remoto a populações ribeirinhas e indígenas, em consonância com a regulamentação excepcional dos teleatendimentos pelo Conselho Federal de Psicologia durante a pandemia⁽¹⁷⁾.

Diante desse cenário, o presente estudo teve por objetivo descrever e discutir a implantação de uma estratégia de telecuidado psicológico em comunidades tradicionais do Estado do Amazonas durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Esta pesquisa faz parte do projeto “SUS na Floresta”, coordenado pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), organização brasileira não governamental, sem fins lucrativos. O estudo aqui apresentado é uma pesquisa-ação

organizada em três partes. A primeira apresenta o contexto anterior à pandemia da COVID-19, relacionado ao serviço de saúde mental e aos indicadores epidemiológicos das populações indígenas e pardas do Amazonas. A segunda parte descreve a organização do teleatendimento psicológico a comunidades tradicionais no Amazonas. A terceira parte do estudo, envolverá a análise descritiva de dados retrospectivos referentes à frequência de atendimentos e às atividades de capacitação realizadas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) pela força-tarefa “Aliança COVID-Amazonas.

O Estado do Amazonas está localizado na Região Norte do Brasil, sendo o maior estado do país em extensão territorial, com área de 1.559.146,876 km², ademais, é composto por 62 municípios agrupados em 13 microrregiões de saúde. Em 2019, a população do estado era de 4.144.597 habitantes. Por possuir uma extensa área coberta por florestas e rios, aproximadamente metade da população amazonense concentra-se em Manaus, capital do estado⁽¹⁸⁾.

O principal meio de transporte da população é o barco, já que o acesso rodoviário é limitado entre as cidades. A população indígena representa 5,2%, dado bastante elevado em relação ao Brasil como um todo (0,4%). A população rural representa 26,4% dos povos que vivem no Amazonas e a grande maioria dessa população vive em comunidades tradicionais, como as ribeirinhas⁽¹⁹⁾, as quais se caracterizam por formas de organização social e produtiva marcadas pela baixa concentração de capital e pela ausência, ou uso muito limitado, de trabalho assalariado. Nessas comunidades, predominam produtores autônomos que desenvolvem atividades econômicas de pequena escala, como agricultura de subsistência, pesca artesanal, extrativismo e produção artesanal, tendo como base econômica o aproveitamento sustentável de recursos naturais renováveis^(20,21).

O Brasil tem serviços de saúde que atendem toda a população gratuitamente por meio da política pública de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), implantada desde 1990⁽²²⁾. A Atenção Primária à Saúde do SUS (SUS-APS) é o primeiro nível de atenção, caracterizado por ações de saúde, nos níveis individual e coletivo, dentro das estruturas da APS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a política pública mais ampla que define um modelo cuidado prioritário e diferentes possibilidades de organização conforme necessidades locais⁽²³⁾.

A ESF oferece atendimento multidisciplinar às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF). Devido às especificidades territoriais, existe um serviço denominado Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) que realizam a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em comunidades pertencentes às áreas em que estão inseridas, cujo acesso é feito por via fluvial. Alguns municípios possuem Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), embarcações que dão suporte às Equipes Fluviais de Saúde da Família (ESFF), equipadas para atender à população ribeirinha da Amazônia, garantindo o acesso ao SUS. A população indígena brasileira também é atendida por um ramal do SUS-APS composto por distritos de subsistemas de saúde⁽²³⁾.

Tanto nas equipes de saúde que atendem à população em geral, incluindo comunidades ribeirinhas, quanto nas equipes que atendem às populações indígenas, há Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam diariamente com essas populações. No caso das populações indígenas, o agente é denominado Agente Indígena de Saúde (AIS)⁽²³⁾.

Nas comunidades tradicionais remotas, os ACS e AIS desempenham um papel estratégico, pois servem de ponte entre as comunidades que atendem e os serviços de saúde, geralmente localizados na zona urbana dos municípios. Na experiência de teleatendimento psicológico às comunidades tradicionais, os ACS e AIS são recursos humanos fundamentais, pois, além de compreenderem as especificidades do território, estão presentes nas comunidades mais remotas da Amazônia, prospectando e conectando paciente e psicólogo.

No Brasil, os serviços de atenção à saúde mental são realizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que atuam, entre outras estratégias, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais contam com equipe multiprofissional atuando na perspectiva interdisciplinar/interprofissional, prestando atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise, seja em processos de reabilitação psicossocial, que substituem o modelo manicomial^(23,24).

Com o objetivo de estruturar o teleatendimento psicológico para comunidades tradicionais, inicialmente, foi conduzido um estudo ecológico com base em dados governamentais disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no banco de dados do DATASUS, serviço nacional de saúde (DATASUS). A análise apresentada comparou a taxa de autorização para internações hospitalares (AIHs) relacionadas a transtornos psiquiátricos (CID 10 F19.9) a cada 100.000 AIHs emitidas nas principais regiões do país e no Estado do Amazonas. Vale ressaltar que a CID 10 F19.9 inclui: (1) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; (2) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas; (3) esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes; (4) transtornos do humor (afetivos, incluindo depressão maior), (5) transtornos neuróticos relacionados ao estresse e (6) outros transtornos mentais e comportamentais. A taxa de suicídio por 100.000 habitantes também foi calculada e comparada com dados de 2017 a 2019^(24–26).

Excluímos o ano de 2020 da análise, uma vez que a pandemia da COVID-19 afetou todos os serviços de saúde no Brasil, constituindo um viés importante a ser considerado em análises epidemiológicas. A comparação da frequência de suicídios entre os principais grupos étnicos no Brasil (brancos, negros, pardos e indígenas) foi medida pelo número de mortes por lesões autoinfligidas voluntariamente (suicídio) a cada 1.000 mortes por qualquer outra causa. Destacamos que não foi possível calcular a incidência, pois esses cálculos baseiam-se em estimativas anuais do tamanho da população, e tais dados não estão facilmente disponíveis, considerando a identidade étnica.

O número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) disponíveis no Estado do Amazonas, bem como o de psiquiatras e psicólogos clínicos, também foi avaliado com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com referência ao ano de 2019.

A necessidade de construir novos paradigmas que atendam efetivamente à população de comunidades remotas na Amazônia não é novidade. Isso ocorre porque, no modelo tradicional, os serviços de saúde estão fisicamente disponíveis, e o indivíduo se desloca até eles quando precisa de algum tipo de atendimento médico. No entanto, esse modelo está longe de atender às demandas de um lugar onde as pessoas, por vezes, passam dias para se deslocar de sua comunidade até a área urbana mais próxima. Por esse motivo, estratégias de saúde digital se tornam um elemento vital para atender a essas populações⁽¹⁾.

Apesar de parecer uniforme, o território amazônico possui uma grande heterogeneidade decorrente do contexto de cada região, que inclui povos indígenas com características culturais, linguísticas e costumes diferentes. Por esse motivo, é preciso prever, trabalhar e interagir com essas diferenças. Para isso, considerou-se de grande importância o levantamento de dados macroambientais, demográficos, de saneamento, serviços de saúde e especificidades socioculturais de cada comunidade, uma vez que o profissional de saúde que interagirá com a população não vive fisicamente lá.

Nossa ação também se baseia na interação entre o grupo que coordena as atividades e o atendimento psicológico e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), pois eles são os trabalhadores de saúde que estão diariamente presentes na vida das comunidades remotas no Amazonas. Assim, prevemos a construção de estratégias de treinamento e diálogo contínuo, por meio do acompanhamento desses recursos humanos pela equipe de profissionais que participam do teleatendimento psicológico. Por fim, é importante construir, com a própria comunidade, uma sistematização de suas aspirações em relação à saúde mental. Desse modo, a proposta metodológica previu a elaboração de estratégias de planejamento e de ações conjuntas, rompendo, assim, com o paradigma biomédico individualista, que concentra sua atenção apenas no indivíduo, sem considerar seu entorno sociocultural, econômico e ambiental.

A estratégia de teleatendimento psicológico para a saúde ribeirinha foi concebida a partir da ação emergencial de atendimento em saúde mental em comunidades tradicionais no Estado do Amazonas impactadas pela COVID-19, realizada pela força-tarefa “Aliança COVID-Amazonas”, coordenada pela FAS. Com base nesse esforço cooperativo, foram implementadas quatro ações que utilizaram soluções de saúde digital. Uma delas foi a construção e o apoio à capacidade local, principalmente por meio da teleeducação, fornecendo estratégias preventivas para a COVID-19, adaptadas à realidade das populações tradicionais, e acesso remoto a especialistas, incluindo os de saúde mental. Além disso, uma das ações mais inovadoras da “Aliança COVID-Amazonas” foi a implementação de um serviço de teleatendimento psicológico, com base em experiências digitais desenvolvidas em outros países, por meio de centros de telemedicina implantados em diversas regiões remotas do Estado do Amazonas.

Portanto, o teleatendimento psicológico foi aplicado em comunidades localizadas em 16 municípios do estado. Além desse teleatendimento, foram realizados treinamentos sobre aspectos gerais da saúde mental aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a outros membros da comunidade. Os detalhes dessas ações, bem como a organização da estratégia de teleatendimento psicológico voltada a comunidades tradicionais, são apresentados na seção de resultados.

Para analisar as informações que permitiram o teleatendimento psicológico, foram utilizadas diversas bases de dados produzidas pelo próprio governo brasileiro ou por organizações não governamentais que atuam no Bioma Amazônia. As fontes de dados utilizadas foram o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) (Informações de Saúde TABNET – DATASUS [saude.gov.br](http://datasus.saude.gov.br)), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (datasus.gov.br), o Sistema de Informações da APS (SIAB), o Censo Demográfico, disponibilizado por meio do portal DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<http://censo2010.ibge.gov.br>) e o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) (SNIS – página inicial).

Os serviços digitais foram apoiados pelo Sistema Telessaúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), que oferece orientação técnica e capacitação para agentes de saúde, além de atendimento psicológico para profissionais e residentes, principalmente para evitar deslocamentos, bem como garantir segurança e bem-estar às comunidades.

A terceira parte do estudo, que envolveu a análise descritiva de dados retrospectivos referentes à frequência de atendimentos e às atividades de capacitação realizadas com ACS e AIS pela força-tarefa “Aliança COVID-Amazonas”, integra um projeto previamente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob o número CAAE 479.142.21.1.1001.5016 e Parecer nº 4.854.291.

As informações de diversas bases de dados governamentais e não governamentais foram agrupadas em uma tabela do *Excel*, considerando informações do Estado do Amazonas, das principais regiões e do Brasil como um todo. Também foram consideradas as informações dos municípios incluídos na validação preliminar da teleatendimento psicológico. A maioria das variáveis foi apresentada como estatística descritiva [frequência absoluta (n), frequência relativa (%), média $\pm$ desvio padrão DP)], ou como índices epidemiológicos descritos no texto. O programa *Prism-Graph Pad* foi utilizado para análise e produção dos gráficos. Para explorar e visualizar semelhanças entre os 12 municípios, aplicamos uma Análise de Coordenadas Principais. O cálculo para a matriz de dissimilaridade entre municípios utilizou distâncias de cordas e considerou 20 variáveis. Todas as variáveis foram previamente centralizadas e normalizadas. A análise foi realizada utilizando o pacote estatístico MULTIV, versão 3.76.

RESULTADOS

Indicadores assistenciais e epidemiológicos de atenção em saúde mental às Comunidades Tradicionais Amazônicas

Nesta primeira análise, realizou-se um levantamento dos indicadores de atenção à saúde mental no Estado do Amazonas em comparação com outros estados brasileiros e com o Brasil como um todo (Tabela 1). Em 2019, ano anterior ao início da pandemia da COVID-19, o Estado do Amazonas apresentou baixo número de encaminhamentos de casos psiquiátricos para internação, em comparação com a média das regiões e do Brasil. Em contraste, as taxas de suicídio gerais, bem como aquelas observadas nas etnias pardas, negras e indígenas, foram superiores às do país. Por essa razão, os indicadores foram expressos com o número de mortes por suicídio para cada 1.000 mortes por qualquer outra causa de saúde ou externa.

Esses dados foram analisados à luz da disponibilidade de serviços e recursos humanos em saúde mental, uma vez que o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de profissionais especializados, especialmente psiquiatras, mostrou-se inferior às necessidades assistenciais do estado. Além disso, no interior do Estado do Amazonas, a rede hospitalar é composta, predominantemente, por hospitais gerais localizados nas sedes municipais, o que dificulta o acesso de grande parte das comunidades ribeirinhas e indígenas, devido às barreiras geográficas e logísticas.

Tabela 1. Comparação dos serviços de saúde mental e indicadores epidemiológicos do Estado do Amazonas e das regiões geográficas brasileiras (2018-2019).

Região e Estados	CAPS	ACS	Psiquiatras (n)	Psicólogo Clínico (n)	AIHs	Suicídios (/100.000 habitantes)	Suicídio nos principais grupos étnicos (/1000 mortes)			
							Brancos	Pretos	Pardos	Indígenas
Região Norte	209	33081	199	2309	8,04	5,76	9,45	6,88	12,84	41,78
Amazonas	34	7173	34	431	2,06	6,05	7,16	7,46	12,18	58,16
Região Nordeste	1081	107028	1475	9275	21,97	5,32	5,64	5,54	10,64	12,03
Região Sudeste	1212	89123	5154	17740	30,42	5,60	7,47	5,20	10,50	2,65
Região Sul	496	33962	1851	6972	46,72	10,54	15,72	13,57	15,74	35,91
Região Centro-Oeste	191	19910	656	3058	28,17	7,87	12,10	9,89	16,93	40,77
Brasil	3189	283104	9335	39354	29,00	6,42	9,61	6,36	11,56	31,83

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial para onde são encaminhados pacientes com problemas psiquiátricos e dependentes de drogas; ACS = Agentes Comunitários de Saúde que atuam na atenção primária à saúde junto às famílias de uma determinada comunidade; AIHs = Guias de Autorização de Internação Hospitalar para qualquer tipo de condição psiquiátrica incluída (Índice de Código Internacional, IDC10- F19.9). Os valores apresentados correspondem ao número de AIHs por condições psiquiátricas a cada 1.000 AIHs por outras causas de saúde.

(Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde).

A partir desse contexto epidemiológico, foram identificados elementos centrais para a compreensão da experiência de teleatendimento psicológico. Podem ser destacadas as lacunas assistenciais em saúde mental em comunidades tradicionais, como: (1) a alta prevalência do suicídio entre os indígenas é uma situação que não ocorre apenas na Região Norte e no Amazonas, mas na maioria das regiões do país; (2) a maior parte das demais comunidades tradicionais, como os ribeirinhos, estão incluídas na “etnia parda”, na qual a prevalência de suicídios não é desprezível.

Descrição dos teleatendimentos psicológicos em comunidades tradicionais do Amazonas

No contexto dessa experiência, o teleatendimento psicológico (Figura 1) para as comunidades tradicionais foi formulado com base nas realidades local e regional. Dessa forma, considerou relevante a identificação não apenas dos aspectos biomédicos, familiares e profissionais que cada indivíduo possui, mas também dos aspectos comunitários, municipais e do ambiente em que o sujeito está imerso. Foram utilizadas quatro estratégias de ação integradas: (1) tele-conhecer; (2) tele-planejar; (3) tele-agir e (4) tele-transformar.



Figura 1. Fluxograma da estratégia de teleatendimento psicológico para comunidades tradicionais, especialmente comunidades ribeirinhas e indígenas no Estado do Amazonas.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A estratégia Tele-Conhecer baseou-se em uma avaliação territorial multidimensional, realizada por meio de uma matriz analítica integrativa, denominada “Multidiag”, desenvolvida no âmbito do projeto para organizar e sistematizar informações secundárias provenientes de bases governamentais. Essa matriz integrou dados demográficos, socioeconômicos, ambientais, assistenciais e epidemiológicos, sendo utilizada exclusivamente como ferramenta exploratória de apoio ao planejamento das ações, sem finalidade de diagnóstico clínico individual.

As ações relacionadas com esta estratégia irão otimizar a concretização da segunda estratégia (Tele-Planejar), a ser feita por meio do contato com os principais atores locais governamentais e não-governamentais, para que o próprio teleatendimento psicológico (Tele-Agir) possa ser implementado.

A estratégia Tele-Agir compreendeu três conjuntos principais de ações: (1) formação de recursos humanos, que utilizou indicadores locais levantados pela estratégia Tele-Conhecer; (2) implementação de rodadas clínicas, periódicas e de acordo com a necessidade de cada comunidade e com o melhor tipo de interação (reuniões via plataformas virtuais, grupos de *WhatsApp* etc.). Essas rodadas são relevantes porque auxiliam a equipe nas tomadas de decisões que envolvem o encaminhamento para o teleatendimento ou para serviços de atenção básica, que permitem um melhor manejo psiquiátrico ou farmacológico do paciente; (3) teleatendimento psicológico (paciente/psicólogo) para fins diagnósticos, manejo psicológico de curto e médio prazo e/ou encaminhamento à rede.

Relatório preliminar sobre a implementação da teleassistência psicológica para comunidades tradicionais amazônicas

Os dados retrospectivos de teleatendimento psicológico e capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram obtidos de 16 municípios do Estado do Amazonas, a saber: Alvarães, Beruri, Borba, Eurinepé, Fonte Boa, Carauari, Coari, Iranduba, Jutai, Manaus, Manicoré, Maués, Novo Aripuanã, São Sebastião do Uatumã, Tefé e Uarini.

Dados da Estratégia “Tele-Conhecer”

Os principais dados da estratégia Tele-Conhecer estão resumidos nas tabelas 2A e 2B. Considerando que o projeto aqui desenvolvido foi impulsionado pela ocorrência da pandemia da COVID-19, tratada neste relato como um estressor crônico de grande relevância, especialmente para as comunidades tradicionais ribeirinhas e indígenas, incluímos, nos indicadores de saúde da avaliação multidimensional, dados epidemiológicos relacionados à infecção pelo SARS-CoV-2.

Tabela 2 A. Indicadores demográficos, socioeconômicos, culturais e de saneamento dos 16 municípios do Estado do Amazonas, incluídos na estratégia de teleatendimento psicológico em comunidades tradicionais e analisados no âmbito do projeto “SUS na Floresta”, com dados provenientes do IBGE, SNIS e DATASUS, referentes ao período anterior e inicial da pandemia da COVID-19.

LOCAIS	DIMENSÕES													
	DEMOGRAFIA				SOCIOECONÔMICA E CULTURAL						SANEAMENTO BÁSICO			
	Total Pop	UPD		Rural Pop (%)	Indígena (%)	Idoso (%)	IDH				SÓLIDA			
		DD (HAB/km²)	UPD (HAB/área)				Média	Educação	Renda	Longa	Abast. de Água	Sistema de Esgoto	Coleta de Res. Sólidos	DI Doenças
Alvarães	16,220	2,7	117,8	42,0	0,92	5,02	0,527	0,377	0,778	0,499	17,7	0	65,6	8,9
Borba	41,748	0,9	44,2	58,7	14,40	7,01	0,560	0,425	0,532	0,776	96,6	0	40,9	7,9
Carauari	28,508	1,1	75,7	23,4	0,71	6,82	0,549	0,416	0,534	0,745	87,4	21	75,3	4,2
Coari	85,910	1,5	91,7	34,6	0,45	6,37	0,586	0,425	0,606	0,780	0	0	65,3	6,6
Eirunepé	35,700	2,3	76,9	30,91	3,28	6,61	0,563	0,431	0,548	0,756	48	0	0	2,1
Fonte-Boa	17,005	1,5	49,3	28,51	4,18	7,46	0,530	0,400	0,518	0,719	0	0	0	12,6
Iranduba	49,011	21,8	31,8	35,47	0,23	8,48	0,476	0,476	0,607	0,799	0	0	0	5,5
Jutaí	13,886	0,2	31,6	42,77	18,77	6,48	0,516	0,340	0,528	0,766	0	0	0	4,8
Manicoré	56,583	1,2	37,9	50,67	4,57	6,96	0,747	0,456	0,580	0,747	45,5	0	46,5	4,5
Maraã	18,261	1,1	87,3	46,83	6,30	4,26	0,498	0,348	0,466	0,783	0	0	0	1,4
Maués	65,040	1,6	68,7	51,75	8,04	7,22	0,588	0,464	0,549	0,800	0	0	0	5,3
N. Aripuanã	26,046	0,6	46,3	34,94	1,02	7,57	0,588	0,421	0,532	0,759	0	0	0	3,1
S.S. Uatumã	14,352	1,3	46,4	43,73	0,16	5,40	0,577	0,464	0,561	0,739	95,4	0	0	5,2
Tefé	59,547	2,5	89,2	20,73	1,76	6,96	0,639	0,511	0,637	0,801	0	0	0	9,2
Uarini	13,690	1,3	63,4	43,31	4,16	5,66	0,527	0,378	0,535	0,724	0	0	0	9,9
Manaus	2,219,580	191,5	88	1,73	0,18	8,34	0,658	0,658	0,738	0,826	95,9	19,8	97,3	6
Amazonas	4,144,597	2,62	-	26,44	5,2	7,31	0,674	0,561	0,677	0,805	87,6	10,6	90,7	5,9
Brasil	211755692,00	23,9	-	16,00	0,4	10,53	0,727	0,542	0,692	0,810	83,7	65,9	92,1	5,3

(Fonte: IBGE) – DD = densidade demográfica; Indig = frequência indígena (%), IDH = Índice de Desenvolvimento Humano; Indicadores de saneamento (Fonte: SNIS e DATASUS) – DI = doenças infecto-parasitárias relacionadas à qualidade da água.

Tabela 2B. Indicadores macroambientais e de saúde dos 16 municípios do Estado do Amazonas, incluídos na estratégia de teleatendimento psicológico em comunidades tradicionais e analisados no âmbito do projeto “SUS na Floresta”, com dados provenientes do MapBiomas, CNES e DATASUS, referentes ao período anterior e inicial da pandemia da COVID-19.

LOCAIS	DIMENSÕES							
	INDICADORES MACROAMBIENTAIS		INDICADORES DE SAÚDE			COVID-19		
	Floresta (%)	Queimadas (%)	ESF (%)	HMR	Suicídio	Incidência	Morte	Letalidade
Alvarães	1,59	0,1	64,6	6,1	6,4	18129	287	1,59
Borba	0,62	0,11	54,1	14,9	2,5	6052	168	2,59
Carauari	0,48	0,02	83,8	19,9	6,5	23765	198	0,83
Coari	0,35	0,01	72,3	6,1	3,6	11219	270	4,12
Eirunepé	1,53	0,03	88,0	5,3	22,7	11921	94	0,78
Fonte-Boa	0,99	0,01	100,0	7,9	2,1	9086	221	2,44
Iranduba	11,94	0,19	100,0	18,9	4,7	18561	340	1,86
Jutaí	0,21	0,01	100,0	4,5	11,9	21017	244	1,22
Manicoré	3,14	2	68,1	11,5	1,9	8420	185	2,19
Maraã	0,85	0,01	100,0	15,4	6,6	13883	126	0,93
Maués	1,08	0,14	83,4	12,6	2,6	7707	202	2,63
N. Aripuanã	2,92	1,39	94,2	7,4	0,8	7978	121	1,52
S.S. Uatumã	1,3	0,05	98,4	10,8	3,0	11398	128	1,13
Tefé	0,67	0,06	98,0	14,8	8,6	16440	331	2,02
Uarini	1,48	0,06	100,0	7,3	4,5	14549	192	1,32
Manaus	5,68	0,03	67,3	24,8	4,9	9290	430	4,68
Amazonas	-	-	77,0	13,2	5,7	10237	273,4	2,80
Brasil	-	-	62,6	5,6	5,9	10207	329,4	3,20

Fonte: MapBiomas – Desmatamento = % da área desmatada do município nos últimos 10 anos.

Fonte: MapBiomas – Queimadas = % de áreas municipais queimadas nos últimos 10 anos.

Fonte: MapBiomas – Indicadores de Saúde (Fonte: CNES, DATASUS).

Na dimensão demográfica, os indicadores considerados mais desfavoráveis foram: (1) maior densidade populacional urbana (UPD), associada ao maior potencial de transmissão de doenças infecciosas, a exemplo da COVID-19, e a contextos urbanos com maior exposição à violência; (2) maior percentual de população rural, indicador de maior

difficuldade de acesso aos serviços de saúde que geralmente estão localizados na principal região do município (área), muitas vezes acessível após dias de transporte de barco; (3) maior frequência da população indígena, que implica diferenças de idioma, cultura e costumes, os quais impactam diretamente na atenção primária à saúde; (4) maior frequência de idosos, faixa etária que apresenta maior prevalência de transtornos de humor, especialmente depressão e ansiedade.

Na dimensão socioeconômica e cultural, as populações com baixo IDH ($< 0,555$) foram consideradas de maior risco, principalmente quanto à escolaridade. Essa classificação evidenciou que, mesmo com moradia estabelecida na área altamente urbanizada de Manaus, que possui melhores condições de saneamento básico que o resto do estado, persistem práticas inadequadas de manejo de resíduos sólidos como o descarte do lixo diretamente em riachos, rios e igarapés, refletindo desigualdades socioambientais e educacionais.

Na dimensão do saneamento básico, foram considerados de maior risco aqueles municípios sem água encanada e tratada, esgoto, coleta de resíduos sólidos ou que não reportaram oficialmente os dados desses serviços ao Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS). Na dimensão ambiental, apesar da grande maioria dos municípios terem um baixo percentual de desmatamento e queimadas nos últimos 10 anos, os indicadores de maior risco compreenderam valores superiores a 1% de área desmatada e superiores a 1% de áreas queimadas, por seu potencial impacto negativo sobre a qualidade de vida das comunidades.

Na dimensão saúde, os piores indicadores a partir de dados de 2019, ano que antecedeu a pandemia da COVID-19, podem ser citados a seguir: (1) menor cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) (%); (2) como, com exceção de Manaus, os demais municípios possuem apenas um hospital geral, uma medida indireta para avaliar as condições de infraestrutura e recursos humanos ocorre por meio da análise da Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH), calculada a partir de dados do DATASUS. Considerou-se que 10% ou mais dos óbitos hospitalares refletiam condições insatisfatórias de assistência hospitalar; (3) taxa de suicídio por 100 mil habitantes, utilizada como marcador da situação de saúde mental municipal, sendo consideradas como indicativas de maior risco aquelas taxas superiores a 6 óbitos/100 mil habitantes.

Como os atendimentos psicológicos ocorreram no período de maio de 2020 a dezembro de 2022, os indicadores epidemiológicos da COVID-19 desses municípios foram incluídos na dimensão saúde. Esses indicadores foram considerados de maior risco nos casos em que a incidência acumulada de março de 2020 a junho de 2021 foi superior a 12,000/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade acumulada foi superior a 300 óbitos/100 mil habitantes e a letalidade (número de óbitos pela COVID-19/número total de casos da COVID-19) foi superior a 3%.

A avaliação multidimensional da estratégia de Tele-Conhecer indicou que o município com os piores índices de indicadores ambientais (IA), que podem influenciar negativamente a qualidade da saúde mental da população, foi Alvarães (IA = 55%), seguido pelos municípios de Iranduba, Tefé e Uarini (CI = 50). Por outro lado, os municípios com menor Índice de Piores Indicadores (IP) foram Carauari, Manicoré e São Sebastião do Uatumã. O quadro resumo dos indicadores permite a identificação específica de cada um deles. Por exemplo, no município de Maraã, que apresentou o maior Índice de Vulnerabilidade Avaliada (IVA), os piores indicadores foram UPD elevada, alta frequência de população rural e indígena, IDH médio, baixo rendimento educacional e financeiro, sem indicadores de saneamento, taxa de mortalidade hospitalar e de suicídios elevados e alta incidência cumulativa de casos da COVID-19. Por outro lado, Manicoré, que apresentava menor índice geral (IG), os indicadores mais negativos foram: elevada população rural, baixo IDH educacional, ausência de rede de esgoto, maiores taxas de desmatamento e queimadas e taxa de mortalidade hospitalar.

Dados da Estratégia “Tele-Planejar”

Por se tratar de uma estratégia em fase de implementação durante a realização das atividades digitais de saúde mental nas comunidades, as ações de planejamento não ocorreram de maneira plenamente sistematizada. Contudo, foi possível identificar elementos teóricos e operacionais, a partir da realidade local, que subsidiaram a definição dos principais eixos do planejamento do teleatendimento psicológico.

Inicialmente, é importante ressaltar que, diferentemente de regiões mais desenvolvidas do país e do mundo, há um número reduzido de profissionais atuando na área da saúde mental, especialmente psiquiatras e psicólogos clínicos. Segundo dados do Ministério da Saúde (CNES), apenas os municípios de Carauari, Iranduba, Nova Aripuanã e Tefé dispunham de psiquiatra na cidade. Mesmo na capital do estado (Manaus), o número de psiquiatras é reduzido, se considerarmos que ali residem mais de dois milhões de pessoas ($n = 23$).

No interior do Estado do Amazonas, o número de psicólogos clínicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) também se mostrou limitado (no máximo 12, em Iranduba). Em junho de 2021, Alvarães não possuía nenhum psicólogo clínico, enquanto Fonte Boa, São Sebastião do Uatumã e Uarini possuíam apenas um psicólogo clínico.

Diante desse contexto, foram identificadas como prioritárias ações voltadas à capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio de telecursos, com foco nos fundamentos conceituais da saúde mental, no reconhecimento e no manejo inicial de sinais indicativos de sofrimento psíquico. A opção por priorizar os ACS, bem como as lideranças comunitárias, em detrimento de equipes compostas exclusivamente por profissionais de nível superior, baseou-se no fato de que esses agentes integram as próprias comunidades tradicionais, residem nos territórios e compartilham cotidianamente as condições socioculturais locais.

Assim, os ACS apresentam elevado potencial estratégico para apoiar ações de promoção da saúde mental, especialmente aquelas localizadas em áreas remotas. Além dos ACS, a ação voltada à capacitação em aspectos básicos da saúde mental também foi disponibilizada para outros profissionais de saúde que atuam em comunidades tradicionais, principalmente em comunidades ribeirinhas e indígenas, e para lideranças comunitárias, professores e demais agentes envolvidos em iniciativas de melhoria das condições de saúde dessas populações.

Dados da Estratégia “Tele-Atuação”

A primeira ação após a avaliação multidimensional do município no qual está inserida determinada comunidade tradicional envolve a capacitação de recursos humanos e a produção de materiais didáticos voltados à melhoria da qualidade da saúde mental dessas populações. Para realizar essa ação, a equipe de pesquisa entrou em contato com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios que já haviam sido atendidos com apoio psicológico no período de maio de 2020 a maio de 2021, propondo a realização dessas atividades e a continuidade dos teleatendimentos psicológicos.

Em razão de ser uma estratégia que oferece atenção digital à saúde mental em comunidades tradicionais, e considerando o número incipiente de profissionais da área (psiquiatras e psicólogos) residentes no Estado do Amazonas, foram incluídos quatro profissionais residentes em Manaus. O objetivo consistiu em subsidiar o aprimoramento e a adequação da estratégia ao contexto regional, ademais, dois profissionais residentes em localidades distantes do Estado do Amazonas (outros estados brasileiros), sem contato ou experiência prévia com comunidades ribeirinhas do Amazonas, também participaram das atividades.

Além desses profissionais, um profissional, também amazonense – que, na época do projeto, desenvolvia atividades em Portugal – participou das atividades de capacitação. De acordo com os relatos dos profissionais envolvidos, a dinâmica do atendimento à distância foi satisfatória e produtiva, inclusive para indivíduos com especificidades socioculturais distintas, pois, embora residissem em comunidades remotas, as principais demandas de sofrimento psíquico identificadas nos teleatendimentos foram semelhantes às observadas em grandes centros urbanos, destacando-se sintomas associados à depressão e à ansiedade.

Para a realização do curso de formação, foram convidadas 60 comunidades, das quais participaram dessa ação Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros recursos humanos de 40 comunidades, representando 67% de adesão ao convite. A comunicação entre as comunidades e a equipe de pesquisa foi feita por meio de $44,5 \pm 22,2$ ligações telefônicas e foram criados oito grupos da rede de agentes de saúde via *WhatsApp*. A metodologia dos cursos foi realizada de forma síncrona por meio de atividades remotas (aulas *online*) e atividades práticas. As aulas remotas foram transmitidas pelo Polo de Telessaúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), o qual transmitiu ao vivo as atividades, permitindo, assim, a certificação dos participantes.

O conteúdo do curso de formação em fundamentos de saúde mental para os ACS contemplou os seguintes temas: (1) Conceito de Saúde Mental; (2) Definição de sofrimento mental; (3) Principais transtornos mentais e tratamentos; (4) Discussão das experiências dos participantes com pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos; (5) Tratamento farmacológico e não farmacológico de transtornos mentais; (6) Automedicação e Conceito de violência; (7) Conceito, tipos e desfechos da violência na saúde mental. O curso também incluiu videoaulas sobre transtornos mentais, acompanhamento individualizado e debates sobre ações efetivas nas comunidades para a promoção da saúde mental.

Os ACS foram orientados a identificar, por meio do autorrelato dos pacientes, indicativos de sofrimento mental, tais como alterações no sono, apetite, energia, humor, concentração, nervosismo, ansiedade, dores no corpo, irritabilidade e alterações na memória/aprendizagem.

Durante o período considerado neste estudo, foram realizados 469 teleatendimentos psicológicos por meio do aplicativo do *Google Meet* videochamadas. A distribuição dos atendimentos por município é apresentada na Figura 2A, e na Figura 2B apresenta-se a distribuição total dos atendimentos ao longo da pesquisa.

Do total de pacientes atendidos, 68% eram do sexo feminino, 29% do sexo masculino e 3% preferiram não responder. Em relação à faixa etária, 17% tinham até 21 anos, 42% entre 22 e 40 anos, 23% entre 41 e 60 anos e, por fim, 6% tinham 60 anos ou mais, e em 12% não foi possível identificar esse dado. Cerca de 93,5% dos pacientes

questionados relataram não ter comorbidade conhecida. Entre aqueles que relataram condições prévias, as mais frequentes foram *diabetes mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial.

A partir das videochamadas realizadas, foi possível identificar um núcleo comum de cinco queixas, conforme observado na Figura 2C. As principais hipóteses diagnósticas levantadas durante os atendimentos estão descritas na Figura 2D.

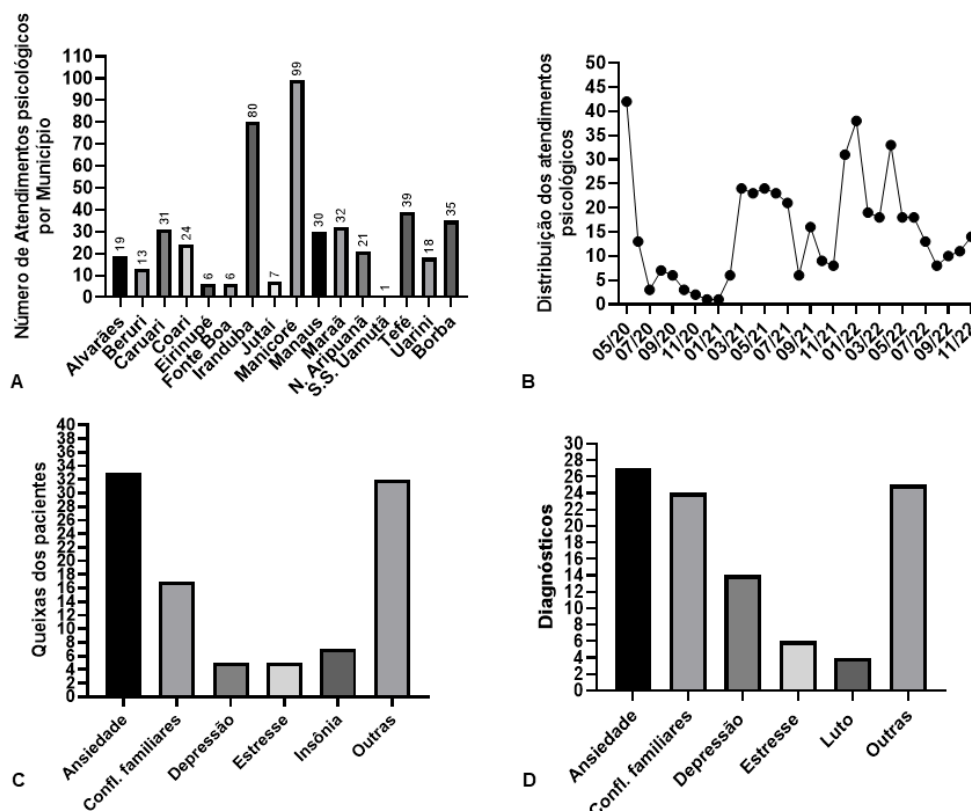


Figura 2 - Teleatendimentos realizados, principais queixas e diagnósticos.

A - Distribuição dos teleatendimentos psicológicos por município incluído neste projeto piloto. B - Distribuição dos teleatendimentos psicológicos durante os meses de maio de 2020 a dezembro de 2022. C - Distribuição das queixas relatadas pelos pacientes atendidos. D - Principais diagnósticos dos pacientes teleatendidos.

Alguns pacientes relataram situações de sofrimento psíquico associadas a estressores crônicos, por exemplo, agressão doméstica contínua, história de abandono familiar e estresse pós-traumático devido a estupro. Contudo, apenas três relataram ter sido encaminhados para serviços de atenção psicossocial e ter feito uso de psicotrópicos (fluoxetina, paroxetina, carbolitium e risperidona). Esse número representa menos de 1% de todos os pacientes atendidos. Dos pacientes atendidos, 95% relataram não ter tido contato e acompanhamento prévios com profissionais da área de Psicologia.

De modo geral, os dados das consultas psicológicas indicaram que grande parte dos pacientes não apresentava histórico prévio documentado de transtornos psiquiátricos nem relatos consolidados de abuso emocional, mas vivenciavam situações de sofrimento psíquico que merecem atenção e acompanhamento. Observou-se que tais situações podem estar associadas a fatores prévios, como conflitos familiares e condições socioeconômicas adversas, potencialmente intensificados pelo contexto da pandemia da COVID-19.

DISCUSSÃO

No estudo apresentado, descrevemos e analisamos a implantação de um teleatendimento psicológico em comunidades amazônicas historicamente desassistidas, principalmente na área de saúde mental. Para discutir com maior profundidade a estratégia aqui descrita, é importante fazer algumas contextualizações. Embora a cobertura da ESF-SUS seja relativamente alta na Região Norte brasileira, a baixa qualidade da assistência à saúde é fortemente influenciada pelas especificidades geográficas do Bioma Amazônia. Nessa região, os municípios possuem extensas áreas, constituídas, em sua maioria, por matas e rios, onde diversas comunidades tradicionais estão espalhadas⁽²⁷⁾.

O meio de transporte mais comum é o fluvial, havendo limitações importantes nos sistemas de comunicação e no transporte de alimentos e bens de consumo. Essas condições dificultam a fixação e a atuação de recursos humanos especializados em municípios da região⁽²⁸⁾.

No contexto sociodemográfico das comunidades ribeirinhas, em geral, os ribeirinhos e indígenas estão privados de infraestrutura mínima de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde. O acesso à zona urbana costuma ser limitado pelas condições financeiras e, sobretudo, pela distância, que pode ultrapassar os 500 km, e o deslocamento costuma ser de vários dias, realizado apenas por via fluvial. A ineficiência do modelo tradicional de atenção à saúde ficou altamente exposta devido à pandemia da COVID-19, gerando grande impacto nos municípios que possuem comunidades tradicionais.

Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 intensificou e expôs problemas estruturais pré-existentes relacionados à saúde mental nas comunidades tradicionais da Amazônia. No cenário pós-calamidade provocado pela COVID-19, as pesquisas realizadas pelo projeto “SUS na Floresta” buscam melhorar os sistemas de atenção primária à saúde em territórios indígenas e localidades ribeirinhas, visando à efetividade dos serviços nesses territórios – um sistema que promova a saúde, o cuidado e a qualidade de vida dos ribeirinhos e indígenas e que considere suas especificidades e interculturalidades impulsionou um esforço entre instituições governamentais e não governamentais para prestar-lhes atendimento médico e psicológico por meio da tecnologia digital. Destaca-se o projeto “SUS na Floresta”, inserido em uma investigação específica para melhorar a saúde mental de comunidades tradicionais da Amazônia, especialmente as ribeirinhas e indígenas.

Nesse contexto, a experiência de teleatendimento psicológico construída a partir dessa intervenção dialoga com iniciativas previamente descritas em países desenvolvidos que possuem populações indígenas em número significativo, como o Canadá, a Austrália e a Nova Zelândia⁽²⁹⁾.

A saúde mental pode incluir avaliações psiquiátricas, psicoterapia, psicoeducação e gerenciamento de medicamentos em uma variedade de ambientes de tratamento⁽²⁹⁾.

No entanto, é fundamental reconhecer que as necessidades de saúde mental de povos indígenas e comunidades tradicionais são frequentemente específicas e contextuais, exigindo abordagens culturalmente sensíveis⁽²⁷⁾. Nesse sentido, soluções digitais em saúde mental apresentam potencial relevante, particularmente quando desenvolvidas de forma culturalmente informada e territorialmente contextualizada⁽³⁰⁾.

Para organizar e sustentar essa prática de cuidado, foi necessária uma análise ampliada das diferentes dimensões em que cada comunidade está imersa, uma vez que, no paradigma do teleatendimento, os profissionais de saúde não têm contato diário com essas populações. Esse fato pode ser um dos vieses mais difíceis de superar, pois muitos aspectos demográficos, socioambientais, sanitários e epidemiológicos podem afetar o bem-estar e a saúde mental do indivíduo. Como resposta a essa limitação, foi estruturada a estratégia denominada “Tele-Conhecer”, com o intuito de produzir informações a partir de bases de dados governamentais e não governamentais.

Os resultados apontaram duas questões que consideramos relevantes. A primeira diz respeito à grande heterogeneidade de indicadores, que foram avaliados na terceira parte deste estudo, com base na análise de 16 municípios do Amazonas. A dissimilaridade entre os municípios, observada nas tabelas 2A e 2B, reforça a necessidade de compreender a Amazônia como um território pluridiverso e não homogêneo. Nem todos os municípios com a presença de povos indígenas ou de comunidades tradicionais apresentam, necessariamente, elevados índices de suicídio ou maior incidência de COVID-19. Assim, tratar essas populações como grupos uniformes reflete uma simplificação inadequada da realidade social e sanitária amazônica.

Uma limitação dessa experiência foi a impossibilidade de incorporar, de forma sistemática, aspectos culturais mais específicos das diferentes etnias indígenas, o que aponta para a necessidade de aprimoramentos futuros.

A segunda questão refere-se ao impacto positivo da avaliação multidimensional na organização e na eficiência do teleatendimento psicológico, especialmente considerando que a maioria dos atendimentos foi realizada por psicólogos residentes fora da região amazônica. Essa condição pode representar um viés relevante, uma vez que a ausência de vivência territorial direta pode influenciar a dinâmica do atendimento, as orientações clínicas e os encaminhamentos realizados. Nesse sentido, a disponibilidade de informações sistematizadas sobre o território, aliada à construção de uma rede de apoio local capaz de absorver encaminhamentos presenciais ou digitais, mostrou-se um elemento crítico para o êxito da estratégia.

É nesse contexto que se insere a fase do “Tele-Planejamento”, na qual a estratégia de atenção deve prever que a equipe de psicólogos realize reuniões com a comunidade e com a equipe de saúde do município, e que a coordenação administrativa do teleatendimento psicológico estabeleça uma cadeia de interações que apoie os

pacientes. É claro que, na vida cotidiana, a maioria das comunidades não terá acesso às terapias mais especializadas. Mesmo assim, esse conhecimento permite proporcionar um melhor manejo, com menores índices de frustração, tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente.

A terceira fase da estratégia é a “Tele-Atuação”, que se baseou nas três categorias de soluções digitais apresentadas por Hensel et al.⁽¹³⁾: (1) acesso remoto a especialistas, (2) construção e apoio à capacidade local e (3) intervenções dirigidas ao paciente. Nessa primeira experiência, tanto as atividades de formação quanto as de assistência foram bastante satisfatórias, indicando que podem ser melhoradas e incorporadas como práticas de cuidado em saúde mental nas comunidades tradicionais.

Outro ponto que precisa ser destacado foi a baixa procura dos indígenas pelo atendimento psicológico. Nesse sentido, quando indagamos pessoas das comunidades sobre isso, ouvimos respostas como: “*Eu não tenho o básico para sobreviver, para que vou buscar esse tipo de atendimento?*”. Esse tipo de resposta evidencia o grau de vulnerabilidade social dessas populações, frequentemente expostas à insegurança alimentar, à degradação ambiental e aos conflitos territoriais, fatores que competem diretamente com a busca por cuidados em saúde mental.

Em relação ao perfil etário dos atendimentos, 6% foram direcionados a pessoas idosas das comunidades tradicionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil tem o maior índice de pessoas com transtorno de ansiedade no mundo, cerca de 20% da população. A alta incidência se repete nas comunidades tradicionais aqui incluídas, uma vez que a principal hipótese diagnóstica foi a ansiedade (27%).

Por fim, destaca-se que uma análise aprofundada de todas as iniciativas desenvolvidas ainda não é possível, sendo necessárias investigações adicionais, que incorporem a percepção dos diferentes sujeitos envolvidos (psicólogos, ACS e pacientes).

Alguns relatos recorrentes evidenciaram o medo de buscar ajuda em saúde mental, devido ao estigma, aos julgamentos e preconceitos, aspecto que deverá ser explorado em estudos prospectivos futuros. Assim, investigações retrospectivas, como a presente, apresentam limitações inerentes, mas oferecem subsídios relevantes para o aprimoramento de estratégias de cuidado.

Em síntese, apesar do impacto negativo e devastador da pandemia da COVID-19, principalmente nas comunidades tradicionais do Amazonas, a resposta emergencial articulada possibilitou a experimentação de novas formas de organização do cuidado em saúde mental. Essa experiência mostra uma oportunidade concreta de ampliação do acesso à saúde mental no Bioma Amazônia, particularmente por meio de estratégias digitais integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o SUS tenha sido instituído como sistema universal e gratuito em 1988, a efetivação do cuidado em territórios remotos, como a Amazônia, depende da incorporação de soluções digitais e inovadoras, sintetizadas na proposta do “SUS na Floresta”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu uma experiência de teleatendimento psicológico desenvolvida em comunidades tradicionais do Estado do Amazonas durante a pandemia da COVID-19, em um contexto de desigualdades históricas que comprometem o acesso à saúde mental.

Os resultados demonstram que essas populações já apresentavam baixa cobertura de serviços especializados antes da pandemia, situação agravada pelo cenário sanitário emergencial.

A experiência evidenciou que estratégias mediadas por tecnologias digitais podem ampliar o acesso à atenção psicológica em territórios remotos, especialmente quando articuladas à Atenção Primária à Saúde e ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que desempenham um papel central na mediação entre serviços e comunidades.

A incorporação de uma abordagem multidimensional mostrou-se relevante para o planejamento das ações, considerando as especificidades territoriais, sociais e sanitárias das comunidades atendidas. Os achados também reforçaram a heterogeneidade das populações tradicionais amazônicas, apontando a necessidade de estratégias sensíveis ao contexto local.

Entre as limitações, destacam-se o caráter retrospectivo da análise e a ausência de avaliações qualitativas sistemáticas, sendo necessários estudos prospectivos. Em síntese, a experiência descrita sugere que o teleatendimento psicológico constitui uma estratégia viável para a promoção da saúde mental em comunidades tradicionais da Amazônia, reforçando a importância da incorporação de soluções digitais integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do “SUS na Floresta”.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez-Lonebear D, Barceló NE, Akee R, Carroll SR. American Indian Reservations and COVID-19: Correlates of Early Infection Rates in the Pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];26(4):371–7. Available from: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001206>
2. Hatcher SM, Agnew-Brune C, Anderson M, Zambrano LD, Rose CE, Jim MA, et al. COVID-19 Among American Indian and Alaska Native Persons — 23 States, January 31–July 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];69(34):1166–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6934e1>
3. Richardson L, Crawford A. COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health. *CMAJ* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];192(38):E1098–100. Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200852>
4. Power T, Wilson D, Best O, Brockie T, Bourque Bearskin L, Millender E, et al. COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];29(15–16):2737–41. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15320>
5. Jardim PDT, Dias IMÁV, Grande AJ, O'keeffe M, Dazzan P, Harding S. COVID-19 experience among Brazil's indigenous people. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];66(7):861–3. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.861>
6. Rocklöv J, Sjödin H. High population densities catalyse the spread of COVID-19. *Journal of Travel Medicine* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];27(3):taaa038. Available from: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa038>
7. Mendes-Silva AP, Fujimura PT, Silva JRDC, Teixeira AL, Vieira EM, Guedes PHG, et al. Brain-enriched MicroRNA-184 is downregulated in older adults with major depressive disorder: A translational study. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2019 [cited 2026 Jan 19];111:110–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.01.019>
8. Ribeiro HV, Sunahara AS, Sutton J, Perc M, Hanley QS. City size and the spreading of COVID-19 in Brazil. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 30];15(9):e0239699. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0239699>
9. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, Van Der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];8(8):e1018–26. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)
10. Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Povos indígenas no Brasil [Internet]. Brasília: FUNAI; 2022 [citado em 2026 Jan 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas>
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado em 2026 Jan 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
12. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [citado em 2026 Jan 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
13. Silva H. Socio-Ecology of Health and Disease: The Effects of Invisibility on the Caboclo Populations of The Amazon. In: Adams C, Murrieta R, Neves W, Harris M, organizadores. *Amazon Peasant Societies in a Changing Environment* [Internet]. Netherlands: Springer, Dordrecht; 2009 [citado em 2026 Jan 29]. p. 307–33. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9283-1_14
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado em 2026 Jan 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
15. Gonçalves Júnior J, Moreira MM, Pinheiro WR, Amorim LM, Lima CKT, Silva CGL, et al. The mental health of those whose rights have been taken away: An essay on the mental health of indigenous peoples in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 29];289:113094. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113094>

16. Jung IEDC, Vianna V, Ribeiro EE, Souza K, Delamuta LA, Pereira R, et al. Alliance Amazonas-Covid Program addressing digital health clinical and mental care actions for traditional indigenous and riverine populations adults and elderly. RAGG [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 29];12(1):51–5. Available from: <https://raggfunati.com.br/index.php/ragg/issue/view/16>
17. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 4/2007, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2020.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Amazonas: cidades e estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [citado em 2026 Jan 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 2094 – População residente por cor ou raça e religião: Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado em 2026 Jan 30]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2094>
20. Fernandes JSN, Moser L. Comunidades tradicionais: a formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. Rev katálysis [Internet]. 2021 [citado em 2026 Jan 30];24(3):532–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79717>
21. Farias AS, Carvalho FG, Farias FR, Cristino JS, Santos AC, Machado VA, et al. Therapeutic resources used by traditional communities of the Brazilian Amazon: a scoping review. RRH [Internet]. 2024 [cited 30 2026 Jan 30];24:8269. Available from: <https://doi.org/10.22605/RRH8269>
22. Hensel JM, Ellard K, Koltek M, Wilson G, Sareen J. Digital Health Solutions for Indigenous Mental Well-Being. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2019 [cited 2026 Jan 29];21(8):68. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1056-6>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2026 Jan 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [citado em 2026 Jan 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017–2019.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017–2019.
27. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CDOD. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017 [citado em 2026 Jan 30];22(4):1225–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>
28. Targa LV, Silva AL, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM, et al. Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [citado em 2026 Jan 30];9(30):64-6. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)827](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)827)
29. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.
30. Michie S, Yardley L, West R, Patrick K, Greaves F. Developing and Evaluating Digital Interventions to Promote Behavior Change in Health and Health Care: Recommendations Resulting From an International Workshop. J Med Internet Res [Internet]. 2017 [cited 2026 Jan 29];19(6):e232. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.7126>

APÊNDICE – ESPECIFICAÇÕES EDITORIAIS

Histórico

Recebido em: 11/02/2025.

Aceito em: 05/06/2026.

Como Citar

Pitombo AAS, Jung IEC, Azzolin VF, Ribeiro EE, Vianna V, Cebalho KC, et al. Teleatendimento Psicológico em Comunidades Tradicionais da Amazônia durante a Pandemia da COVID-19. Rev Bras Promoç Saúde. 2026;39:e15780. <https://doi.org/10.5020/18061230.2026.15780>

Conflito de Interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Fonte de Financiamento

Fundação Amazônia Sustentável

Contribuições

Andréia de Azevedo Swierczynski Pitombo e Ivo Emilio da Cruz Jung: Conceitualização, investigação, metodologia, escrita: rascunho original. **Verônica Farina Azzolin:** curadoria de dados; visualização, escrita: revisão e edição **Euler Esteves Ribeiro:** conceitualização, escrita: redação e edição; obtenção de financiamento. **Virgilio Vianna:** conceitualização, administração de projetos, obtenção de financiamentos, recursos. **Kelly Cristina Cebalho:** conceitualização, administração de projeto, obtenção de financiamento **Cristina Maranghello:** curadoria de dados, investigação, metodologia, redação: rascunho original. **Ketlen Nascimento Gomes:** curadoria de dados, análise formal, escrita: revisão e edição **Márcia Batista Santoro:** metodologia, visualização, redação: rascunho original **Eduardo Vélez-Martin:** curadoria de dados, análise formal, software **Ivana Beatrice Mânica da Cruz:** conceitualização, curadoria de dados, metodologia, validação, escrita: revisão e edição **Fernanda Barbisan:** análise formal, supervisão, redação: rascunho original, escrita: revisão e edição.

Dados da Autora Principal

Andréia de Azevedo Swierczynski Pitombo
Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUNATI)
Av. Brasil, nº 11.430
Bairro: Santo Antônio
CEP: 69.029-040 / Manaus (AM), Brasil
E-mail: andreia.pitombo@funati.am.gov.br

Endereço para Correspondência

Fernanda Barbisan
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Av. Roraima, 1000, prédio 19, sala 3102
Bairro: Camobi
CEP: 97.105-900 / Santa Maria (RS), Brasil
E-mail: fernandabarbisan@gmail.com

Uso de Inteligência Artificial

Durante o desenvolvimento deste trabalho, a ferramenta ChatGPT 4.0 foi utilizada para a revisão gramatical do texto. Os autores declaram que nenhum conteúdo gerado integralmente pela IA foi apresentado como sendo de autoria humana, assumindo total responsabilidade pela integridade, veracidade e originalidade do conteúdo final.

Processo de Avaliação

Revisão por pares duplo-cega (*double-blind peer review*).

Avaliadores

Dois pareceristas avaliaram este artigo e não autorizaram a divulgação dos seus nomes.

Editora-chefe responsável: Ana Mattos Brito de Almeida ; rbps@unifor.br ;
<https://orcid.org/0000-0002-6140-0695> ; <http://lattes.cnpq.br/4899711651204481>