



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**TOA LEONOR MUNOZ TELLO**

**PANDEMIA DE COVID-19 E SAÚDE MENTAL:**  
**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES E PACIENTES INTERNADOS DURANTE**  
**A SEGUNDA ONDA NO CEARÁ-BRASIL**

**FORTALEZA**

**2023**

TOA LEONOR MUNOZ TELLO

PANDEMIA DE COVID-19 E SAÚDE MENTAL:  
VIVÊNCIAS DE FAMILIARES E PACIENTES INTERNADOS DURANTE  
A SEGUNDA ONDA NO CEARÁ-BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração 2: Ciências Sociais, Humanas, Ambientais, Políticas de Saúde e Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Determinantes sociais, educação na saúde e subjetividade.

Orientadora: Professora Doutora Kelen Gomes Ribeiro.

FORTALEZA

2023

---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T1p

MUNOZ TELLO, TOA LEONOR.

Pandemia de COVID-19 e saúde mental : vivências de familiares e pacientes internados durante a segunda onda no Ceará-Brasil / TOA LEONOR MUNOZ TELLO. – 2023.

137 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. . Kelen Gomes Ribeiro.

1. COVID-19. 2. Saúde Mental. 3. Coping. 4. Paciente. 5. Familiar. I. Título.

CDD 610

---

TOA LEONOR MUNOZ TELLO

PANDEMIA DE COVID-19 E SAÚDE MENTAL:  
VIVÊNCIAS DE FAMILIARES E PACIENTES INTERNADOS DURANTE  
A SEGUNDA ONDA NO CEARÁ-BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre.

**Área de Concentração:** Ciências Sociais, Humanas, Ambientais, Políticas de Saúde e Avaliação em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Determinantes Sociais, Educação na Saúde e Subjetividade.

**Descritores:** COVID-19; Saúde Mental; *Coping*, Paciente, Familiar.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Doutora Kelen Gomes Ribeiro.  
Orientadora

---

Professora Doutora Carmem Emmanuely Leitão Araújo  
Examinadora interna PPGSP/UFC

---

Professora Doutora Maria Suely Alves Costa  
Examinadora externa ao Programa

---

Professora Doutora Jaina Bezerra de Aguiar  
Examinadora externa ao Programa – UECE

## RESUMO

A saúde mental da população global é uma temática de relevância na contemporaneidade. Após todas as mudanças e consequências que a pandemia trouxe ao mundo, os problemas de saúde mental tiveram um incremento acelerado nestes últimos anos e têm afetado direta ou indiretamente toda a sociedade. É claro que existem grupos específicos que apresentam maiores riscos a sua saúde mental do que outros; um desses são os pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, porque tiveram uma aproximação muito mais direta com esta doença. Por essa razão, a presente pesquisa teve como objetivo compreender os processos psicológicos dos pacientes que foram internados com COVID-19 no Hospital Universitário Walter Cantídio, e de seus familiares, entre março e junho de 2021. Utilizou-se a abordagem metodológica qualitativa, com a entrevista semiestruturada como técnica e o roteiro de entrevista como instrumento, aplicado à dezesseis pacientes que estiveram internados com COVID-19 e dezesseis familiares. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo de Bardin (2016), identificando elementos fundamentais do fenômeno de estudo através da técnica de análise temática. Esta pesquisa apontou a compreensão dos processos psicológicos: conheceu os desafios vivenciados durante a hospitalização sendo maiores quando existia comorbidade, internação na UTI ou outros problemas familiares, também, foram identificadas sequelas psicológicas em todos os entrevistados sendo a mais comum a insônia, observou-se os processos de perda e luto em quem vivenciou a morte de um familiar ou amigo próximo e como estratégias de enfrentamento psicológico foram apresentadas como as mais utilizadas a fé em Deus e as redes de apoio. Por fim, ficou evidente que, após a COVID-19, esta população valoriza a importância da saúde mental em sua vida, procurando atendimento psicológico, muitos deles pela primeira vez. Constatou-se que os serviços de saúde mental, após grandes ondas da pandemia, tiveram a demanda acentuada, dificultando o atendimento à esta população. Concluiu-se que a compreensão dos processos psicológicos desta população tem relação direta com a gravidade da doença e com o contexto da experiência de internação, estado de saúde pregresso da pessoa e processos de perda vividos, além do uso adequado de estratégias de enfrentamento. Esta pesquisa contribui e motiva ao reconhecimento, cuidado e atenção da saúde mental frente a possíveis cenários futuros de graves problemas de saúde pública, para não deixar isolado um aspecto tão relevante como os processos psicológicos em pandemias e epidemias. Por fim, apresenta-se subsídios para incrementar ações sobre demandas psicossociais atuais, no contexto de saúde pública.

**Palavras-chave:** COVID-19; Saúde Mental; *Coping*, Paciente, Familiar.

## ABSTRACT

The mental health of the global population is a topic of relevance in contemporary times. After all the changes and consequences that the pandemic has brought to the world, mental health problems have increased rapidly in recent years and have directly or indirectly affected society as a whole. Of course, there are specific groups that are at greater risk to their mental health than others; one of these are hospitalized patients with COVID-19 and their families, because they had a much more direct approach with this disease. For this reason, the present research aimed to understand the psychological processes of patients who were hospitalized with COVID-19 and their family members at the Walter Cantídio University Hospital, between March and June 2021. A qualitative methodological approach was used, with the interview semi-structured as a technique and with the interview script as an instrument, which was applied to sixteen patients who were hospitalized with COVID-19 and sixteen family members. Data were analyzed using Bardin's (2016) content analysis, identifying key elements of the study phenomenon through the thematic analysis technique. This research pointed to the understanding of psychological processes: it met the challenges experienced during hospitalization, which were greater when there was comorbidity, ICU admission or other family problems, also, psychological sequelae were identified in all respondents, the most common being insomnia, identified the processes of mourning and loss in those who experienced the death of a family member or close friend and presented psychological coping strategies, the most used being faith in God and support networks. Finally, it was evident that, after COVID-19, this population values the importance of mental health in their lives, seeking psychological care, many of them for the first time in their lives. With this, it was also seen that mental health services, after large waves of the pandemic, had a very high demand, making it difficult to serve this population. It is concluded that understanding the psychological processes of this population is directly related to the severity of the disease and the context of the hospitalization experience, the person's previous health status and loss processes experienced, in addition to the adequate use of coping strategies. This research contributes and motivates the recognition, care and attention of mental health in the face of possible future scenarios of serious public health problems, so as not to leave isolated an aspect as relevant as the psychological processes of individuals directly involved with the current pandemic or other epidemics that can introduce themselves. Finally, subsidies are presented to increase actions regarding current psychosocial demands in the context of public health.

**Keywords:** COVID-19; Mental Health; Psychology, Coping, Patient, Familiar.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Informações da planilha de contatos dos sujeitos da pesquisa .....	54
<b>Tabela 2</b> - Dados sociodemográficos dos pacientes.....	58
<b>Tabela 3</b> - Dados do questionário ABEP dos pacientes.....	59
<b>Tabela 4</b> - Dados sociodemográficos dos familiares.....	60
<b>Tabela 5</b> - Dados do questionário ABEP dos familiares.....	61

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> -Mapa do Brasil localizando o Estado de Ceará.....	52
<b>Figura 2</b> - Hospital Universitario Walter Cantidio do Porangabuçu.....	53

## LISTA DE SIGLAS

**APA**-American Psychological Association  
**CAPS**-Centros de Atenção Psicossocial  
**CEPs**-Comitês de Ética em Pesquisa  
**CHD**- Classificação Hierárquica Descendente  
**CNDH**-Conselho Nacional de Direitos Humanos  
**COVID-19** – Coronavirus Disease 2019  
**CSU**- Cobertura Sanitária Universal  
**DSM-V**- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5<sup>th</sup> Edition  
**EBSERH**-Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
**ESPII**- Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional  
**ESPIN**-Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional  
**HUWC** -Hospital Universitário Walter Cantídio  
**IRAMUTEQ**-Interface Analyses Multidimensionnelles de Textes de Questionnaires  
**MERS-CoV**-Middle East Respiratory Syndrome- Coronavirus  
**MS**- Ministério da Saúde  
**OMS**-Organização Mundial da Saúde  
**ONU**- Organização das Nações Unidas  
**OPAS**-Organização Pan-Americana da Saúde  
**PIB**-Produto Interno Bruto  
**PROPESQ**- Pró-reitoria de Pesquisa  
**RAPS**- Rede de Atenção Psicossocial  
**SARS-CoV**- Severe Acute Respiratory Syndrome- Coronavirus  
**SEI**-Sistema Eletrônico de Informações  
**SESA**-Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
**SMS**-Secretaria Municipal de Saúde  
**SRT**- Serviços Residenciais Terapêuticos  
**SUS**- Sistema Único de Saúde  
**SVS**- Secretaria de vigilância da Saúde  
**TCLE**- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**TEPT**- Transtorno de Estresse Pós-Traumático  
**UFC**- Universidade Federal de Ceará  
**UPAS**-Unidades de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>PANDEMIA DE COVID-19 .....</b>	<b>13</b>
	2.1. COVID- 19 - o histórico da pandemia.....	13
	2.2. Sistemas de Saúde durante a pandemia.....	17
	2.3. Os efeitos da pandemia da COVID-19 no Brasil.....	22
<b>3</b>	<b>SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 E SEUS FAMILIARES.....</b>	<b>26</b>
	3.1. A saúde – histórico e conceito .....	26
	3.2. Perspectiva histórica da saúde mental no Brasil.....	28
	3.3. A saúde mental e a COVID-19.....	30
	3.4. A saúde mental dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares.....	32
<b>4</b>	<b>SEQUELAS PSICOLÓGICAS E PROCESSO DE PERDA E LUTO NOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 E SEUS FAMILIARES .....</b>	<b>36</b>
	4.1. As crises e suas sequelas psicológicas .....	36
	4.2.1. <i>Transtorno de ansiedade</i> .....	37
	4.1.2. <i>Transtorno de depressão</i> .....	38
	4.1.3. <i>Transtorno de estresse pós-traumático</i> .....	39
	4.2. As perdas e o luto como processo psicológico da pandemia.....	40
<b>5</b>	<b>COPING NOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 E SEUS FAMILIARES.....</b>	<b>44</b>
	5.1. Estratégias de enfrentamento ou Coping.....	44
	5.2. <i>Coping</i> nos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares .....	45
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>50</b>
	6.1. Objetivo Geral.....	50
	6.2. Objetivos Específicos .....	50
<b>7</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
	7.1. Desenho do estudo.....	51
	7.2. Contexto, local e período do estudo.....	52
	7.3. Critérios, desafios e procedimentos para seleção dos participantes do estudo ..	53
	7.4. Métodos e procedimentos da construção das informações .....	54
	7.5. Análise, organização e apresentação das informações .....	55
	7.6 Considerações éticas .....	56
<b>8</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
	8.1. Perfil sociodemográfico dos participantes .....	58
	8.1.1 <i>Perfil correspondente aos pacientes</i> .....	58
	8.1.2 <i>Perfil correspondente aos familiares</i> .....	60
<b>9</b>	<b>PACIENTES: DESAFIOS E EXPERIÊNCIAS VIVENCIADOS.....</b>	<b>62</b>

<b>9.1. Pacientes: desafios e experiências vivenciadas durante a hospitalização .....</b>	<b>62</b>
<b>9.2. Processos de perda e luto vivenciados por pacientes internados com COVID. .</b>	<b>70</b>
<b>9.3. Sequelas psicológicas dos pacientes internados com COVID-19.....</b>	<b>74</b>
<b>9.4. Estratégias de enfrentamento dos pacientes internados com COVID-19.....</b>	<b>78</b>
<b><i>9.4.1 Desafios e experiências vivenciados pelos familiares de pacientes internados com COVID-19 .....</i></b>	<b>81</b>
<b><i>9.4.2 Processos de perda e luto vivenciados pelos familiares dos pacientes internados com COVID-19.....</i></b>	<b>85</b>
<b><i>9.4.3 Sequelas psicológicas dos familiares dos pacientes internados com COVID-19 .....</i></b>	<b>87</b>
<b><i>9.4.4. Estratégias de enfrentamento dos familiares dos pacientes internados com COVID-19 .....</i></b>	<b>91</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTAS APLICADAS PARA PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE B- ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTAS APLICADAS PARA FAMILIARES DOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença respiratória que apareceu pela primeira vez em finais do ano 2019 na cidade de Wuhan, República Popular da China, com muito contágio entre a população. Propagou-se facilmente em pessoas de toda a China e países vizinhos até chegar a cada um dos continentes num curto período. Na segunda semana de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a existência de uma pandemia pelo Novo Coronavírus (HORTON, 2021). Sem ter tempo de agir frente a essa doença, com a propagação acelerada e o desconhecimento que se tinha da mesma, as autoridades de saúde imediatamente declararam várias restrições sanitárias como o isolamento e distanciamento social, uso de máscara, lavagem das mãos frequentemente e outros elementos sanitários protocolares em todo o mundo (WHO, 2019). No entanto, a doença atingia diferentes níveis de complexidade respiratória, alguns casos precisavam de hospitalização, ventilação mecânica e outros recursos terapêuticos, o que levou ao colapso dos sistemas de saúde, com altos índices de óbitos em escala mundial (HOLSHUE *et al.*, 2019).

Uma das regiões mais afetadas pela doença foi a América Latina, onde se alcançou os maiores índices de contágios e óbitos por COVID-19, como consequência das desigualdades sociais e dos serviços de saúde fragmentados que existem (ONU, 2022). O primeiro caso de COVID-19 na América Latina foi anunciado no Brasil, no dia 26 de fevereiro de 2020, em um homem de 61 anos que voltava da Itália para São Paulo (PIERRE; HARRIS, 2020). Poucos dias depois se confirmaram os primeiros casos no Chile, Peru, Equador, México e Argentina, que foram os países mais afetados pela doença na região (STATISTA, 2022). A América Latina, em geral, foi e ainda continua sendo o epicentro de diferentes problemas associados pela COVID-19, como as crises sanitária, econômica, política e social (OPAS, 2021).

O Brasil, sendo o maior país de América Latina, e com a maior população da região, foi um dos tantos países em que seu sistema de serviço de saúde colapsou em alguns locais, registrando altos níveis de contágios e óbitos pela COVID-19. Além disso, a crise econômica se agravou com uma onda de desemprego, empresas falidas, inflação e casos de corrupções evidenciados (LONDOÑO; MILHORANCE, 2022). Esses são alguns dos principais efeitos da pandemia no Brasil e na maioria dos países latino-americanos, que são difíceis de mitigar e vão se agravando (SOUZA, 2020).

Com todas essas adversidades mencionadas, a COVID-19 tem afetado a saúde da população em geral (FARO *et al.*, 2020). Tem-se que os problemas sanitários pela COVID-19 vão além da saúde física, ocasionando muitos efeitos na saúde mental da população, que são,

na maioria das vezes, deixados num segundo plano. É importante considerar que o conceito de saúde tem relação com estabilidade e bem-estar integral do ser humano, considerando com igual importância os aspectos físicos e mentais dos indivíduos (SRITHARAN. J; SRITHARAN. A, 2020).

Várias pesquisas sobre a saúde mental durante a pandemia mostram que há maior repercussão e afetação psicológica por situações como o isolamento e distanciamento social, mudanças nas rotinas diárias, desinformação ou excesso de informação, problemas econômicos entre outros cenários (GONZALEZ-RODRIGUEZ; LABAD, 2020; QUADROS; CUNHA; UZIEL, 2020; VANZELLI; PALEARI; FABRI, 2021). Acontece com mais frequência em determinados grupos de pessoas como: profissionais de primeira linha da saúde, idosos, pessoas com transtornos mentais prévios, pacientes que tenham sido diagnosticados e internados com COVID-19, mas também em seus familiares e cuidadores mais próximos, que atravessam situações que acarretam em alto impacto emocional (NABUCO; PIRES DE OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

Os pacientes diagnosticados com COVID-19 mostram altos níveis de estresse, medo, tristeza, incerteza e negação, que são emoções associadas à doença, que ainda está sendo estudada e afeta de diferentes maneiras e intensidade a cada paciente. O diagnóstico traz muitas incertezas para os pacientes, também associadas ao medo e a culpa de terem contaminado algum ente querido sem saber (FERRER, 2020). As pessoas diagnosticadas com COVID-19 tendem a se sentirem excluídas e discriminadas socialmente pelo contágio da doença, muitas vezes até envergonhadas, tendendo a entrar em um estado de negação. Porém, a afetação psicológica é maior ainda nos pacientes que foram internados no hospital porque muitos deles associam a internação com a gravidade da doença e mostram altos níveis de angústia e sintomas de ansiedade e depressão ocasionados pelo medo de ingressar nas unidades de terapia intensiva ou não sair com vida do hospital (MATTA *et al.*, 2021).

Outra população que fica muito afetada emocionalmente, e muitas vezes é deixada de fora, são os familiares dos pacientes com COVID-19. Mostram afetações psicológicas porque têm que lidar com diferentes emoções semelhantes aos pacientes com COVID-19 como: medo, incerteza, culpa, raiva, desesperança, estresse, angústia, sentimento de perda, entre outras. Os principais fatores de risco de saúde mental dos familiares estão associados à distância e à falta de notícias sobre os familiares hospitalizados; tomada de decisões importantes sobre o paciente, no que concerne a sua saúde; sentimento de culpa do adoecimento por ter contaminado

o familiar; medo de ser contaminado; incertezas do estado de saúde do familiar e medo de perder o ente querido por morte (PEREIRA; MONTEIRO; AMORIM, 2020).

Pelas normas sanitárias vigentes na pandemia, durante a segunda onda de COVID-19 no município de Fortaleza (CE), os familiares destes pacientes não podiam acompanhá-los no hospital e a falta de informação e notícias referentes a eles por parte dos profissionais de saúde gerou altos níveis de angústia, estresse e ansiedade. Infelizmente, os familiares além de estarem longe nestes momentos, muitas vezes não contavam com as informações necessárias. As notícias sobre o estado de saúde dos pacientes eram passadas de forma remota, mas nem sempre eficaz, dadas as dificuldades próprias desta via e por ainda ser um processo novo com o qual os profissionais da saúde estavam se adaptando. A comunicação neste tipo de situações cumpre um papel fundamental no bem-estar emocional dos pacientes e familiares, pelo que a falta desta mostra um grande impacto psicológico (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

Entre as afetações psicológicas mais relevantes e comuns que derivam dos fatores de risco mencionados nos pacientes com COVID-19 internados e seus familiares apresentam-se alguns transtornos psicológicos; estudos recentes mostram prevalência de transtornos de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático nestas populações (LACASTA-REVERTE *et al.*, 2020). Outra situação desse contexto que gera mais efeitos na saúde mental é o luto de um ente querido, considerado um processo psicológico que é vivenciado de forma diferente, de acordo com os recursos psicossociais de cada indivíduo, além das circunstâncias e o nível de vínculo afetivo com o falecido (WORDEN, 2018).

O luto é um processo normal na vida dos seres humanos, que precisam passar por um processo de adaptação. A maioria das pessoas mostra habilidades de resiliência para enfrentar o processo de luto de maneira adequada e muitas vezes não precisa de fármacos ou intervenções profissionais (LACASTA-REVERTE *et al.*, 2020).

Porém, o luto vivenciado pelos familiares de pacientes que faleceram com COVID-19 apresenta algumas diferenças que podem dificultar a elaboração desse processo como: a perda súbita do familiar, a impossibilidade de estar perto na sua morte, crenças de que o falecido não recebeu os cuidados suficientes pelos profissionais de saúde, percepção da solidão que teve o falecido antes de morrer, ausência de rituais funerários e apoio de outras pessoas e até não ter acesso aos restos mortais do ente querido. Estas são as principais causas que agravam o processo de luto normal, podendo convertê-lo em luto patológico ou acrescentando o risco de apresentar outros transtornos mentais (ARAUJO; GARCÍA; NAVARRO, 2020).

A pandemia foi uma realidade mundial e sabe-se que toda a população tem sido afetada direta ou indiretamente pela COVID-19, mas existem alguns grupos específicos com maior risco na sua saúde mental pela pandemia e alguns desses são os pacientes internados com COVID-19 e seus familiares mais próximos, porque eles tiveram uma afetação muito mais direta e próxima de um fator que foi surpresa mundialmente. Por essa razão, é necessário compreender como está seu estado de saúde mental e, assim, apresentar estratégias de enfrentamento psicológico dirigidos a esta população, para que sejam evidenciados mais recursos que possibilitem a garantia de seu bem-estar mental (TANOUE *et al.*, 2020).

É momento de levar a sério a saúde mental das milhões de famílias que, durante esse período de pandemia, tiveram algum ente querido contaminado com COVID-19 e dos pacientes internados pela doença que tiveram que lidar com essa situação tão difícil que alterou o bem-estar emocional dessa população, e precisa da atenção psicológica a tempo para evitar a deterioração de sua saúde mental (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

A saúde mental evidencia-se como um aspecto prioritário de saúde integral no indivíduo e a pandemia, trouxe a oportunidade de mais clareza sobre esse fato. Dentro desse contexto, é fundamental mencionar que a saúde mental teria que ser considerada como um serviço de atenção primária nos sistemas de saúde do mundo para que fosse garantido o bem-estar individual, familiar e social (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Essa pesquisa justifica-se porque a pandemia tem impactado a toda a humanidade, afetando a saúde mental de muitos, especialmente dos pacientes internados por COVID-19 e de suas famílias. Tem importância por ser um tema atual, que motiva o cuidado da saúde mental nesta população. Considera-se que será factível compreender os processos relacionados à saúde mental dos pacientes internados pela COVID-19 e seus familiares e, assim, contribuir com reconhecimento da importância do cuidado desta como elemento fundamental na saúde integral dos seres humanos.

O tema dessa pesquisa é pouco explorado porque seu objeto de estudo ainda não foi muito investigado em outras oportunidades e, se foi por alguns pesquisadores, os estudos não ocorreram no mesmo tempo, população e espaço dessa pesquisa. Além disso, constitui-se uma necessidade social importante num contexto de saúde coletiva sobre as memórias e vivências passadas dessa população durante a segunda onda da COVID-19 em localidade no Brasil e suas consequências sobre a saúde mental atual.

Considera-se ainda a agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável, adotada por 192 países no ano 2015, que propõe entre seus objetivos promover a saúde mental e bem-estar (ONU, 2015) e o Estado Brasileiro garante a Saúde Integral para seus cidadãos (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018). Além disso, tem-se que o conceito de integralidade abarca os aspectos de saúde físicos e psicológicos, então, não poderia se falar de saúde integral sem levar em conta tais fatores.

O presente trabalho será de utilidade para a Ciência porque, por meio dele, buscou-se compreender os processos psicológicos dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares e, a partir disso, conhecer e identificar os desafios e sequelas psicológicas que têm deixado essa vivência, bem como as estratégias de enfrentamento que essa população tem desenvolvido. Poderá ser de utilidade para as autoridades e profissionais do sistema de saúde pública que continuarão a lidar com essa problemática mesmo após o fim da pandemia, já que os aspectos psicológicos relacionados a perdas e luto tendem a reverberar na saúde ampla.

Essa pesquisa pretende responder as seguintes questões: como se apresentaram os processos psicológicos de pacientes internados com COVID-19 e seus familiares durante a segunda onda brasileira em março-junho 2021? Quais foram os principais desafios vivenciados por essa população durante a hospitalização? Quais são as sequelas psicológicas dessa população? Como são vivenciados os processos de perda e luto dos pacientes com COVID-19? E quais as estratégias de enfrentamento psicológico que foram úteis para os pacientes internados com COVID-19 e para seus familiares? Foram resgatadas as memórias dos participantes, desde a hospitalização até a atualidade.

## 2 PANDEMIA DE COVID-19

### 2.1. COVID- 19 - o histórico da pandemia

Durante o mês de dezembro do ano 2019, na cidade de *Wuhan*, República Popular da China, o Hospital *Jin Yin-Tan* recebeu vários pacientes que apresentavam sintomas relacionados a uma misteriosa pneumonia, alguns deles compartilhavam um histórico comum sobre ter visitado, nos últimos dias, o Mercado de *Huanan*, que é um mercado atacadista de animais vivos e mariscos nesta cidade. Os médicos que atenderam esses pacientes os encaminharam para exames laboratoriais nos pulmões e, no dia 30 de dezembro de 2019, o resultado do teste confirmou a presença de um novo tipo de coronavírus (HORTON,2020).

Os coronavírus são vírus comuns nos animais e existem centenas de tipos diferentes deles, mas só seis tipos de coronavírus causam zoonose, que são infecções por transbordamento de animais para pessoas. Estes seis coronavírus são responsáveis por 10 a 15% da gripe comum nos humanos, quatro deles manifestam-se apenas sintomas leves, mas os outros dois, o SARS-CoV e o MERS-CoV, representam uma ameaça muito mais séria à saúde humana (HORTON,2020).

Com esses elementos, no dia 31 de dezembro de 2019, as autoridades chinesas alertaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) que se tratava de uma nova cepa do coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Com esses antecedentes acerca do coronavírus no mundo, em 1º de janeiro de 2020, a OMS declarou emergência e o mercado de mariscos de *Huanan* foi fechado. Além disso, dias depois, a OMS informou, por meio das redes sociais, sobre uma epidemia de pneumonia sem mortes em Wuhan e, em 10 de janeiro, esta organização também publicou as primeiras orientações técnicas para todos os países do mundo sobre a prevenção e a detecção do vírus, baseadas nas experiências com o SARS e o MERS nas investigações que tinham até o momento sobre o novo coronavírus (WHO,2020).

Em 13 de janeiro daquele ano, registrou-sena Tailândia oprimeiro paciente fora da China com a mesma doença, o que significava que o contágio entre humanos era muito mais amplo e rápido.Em 23 de janeiro, declararam confinamento obrigatório em Wuhan e outras cidades da China, um dia depois se registrou o primeiro caso deste tipo de coronavírus na Europa e outros continentes já registravam os primeiros pacientes com os sintomas relacionada esta doença. Em 30 de janeiro, a OMS declarou o surto do novo coronavírus



como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (KAMPS; HOFFMANN, 2021).

Após alguns dias, em 11 de fevereiro de 2020, a OMS nomeou esse novo tipo de coronavírus com o nome de Coronavírus *Disease* 2019, que significa doença de coronavírus 2019, pelo ano de seu aparecimento e suas siglas são COVID-19. Enquanto isso, as investigações e estudos científicos sobre esta doença aumentavam paulatinamente, sendo lideradas pelos mais reconhecidos cientistas e *experts* em saúde do mundo. Finalmente, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada como pandemia, pela OMS (OPAS, 2020).

Nesse momento, já mais de 114 países tinham reportado pacientes com COVID-19 e as expectativas para as semanas seguintes eram de aumento nos contágios e mortes no mundo. Para evitar isso, os países deveriam adotar urgentemente medidas drásticas que controlassem a propagação dos contágios, mas a demora em agir de muitos governos ocasionou que, em duas semanas depois, os casos no mundo tinham quadruplicado e, sem um planejamento prévio para conter crises no mundo, os serviços de saúde da maioria dos países começaram a colapsar (MONTENEGRO DE LIMA *et al.*, 2020).

Frente aos altos índices de contágios e mortes alcançados, a propagação acelerada e o pouco conhecimento sobre a doença, era evidente que dessa vez os governos tinham que se apressar, estabelecendo medidas restritivas de emergência para controlar o avanço da COVID-19. Na maioria dos países, essas restrições foram o fechamento de suas fronteiras e o confinamento obrigatório, onde só ficavam abertos hospitais, supermercados e farmácias para cobrir necessidades de saúde e alimentação dos cidadãos (GARCÍA DE BLAS, 2020), mas para usar estes serviços teriam que cumprir com outras restrições como a capacidade de público limitado dos estabelecimentos, distanciamento social, uso de máscara e higiene das mãos com álcool entre as principais medidas não-farmacológicas (OMS, 2020).

O confinamento obrigatório em todo o mundo começou em março, depois do anúncio da pandemia até finais do mês de abril. Após isso, na maioria das regiões, o confinamento foi prolongado segundo as necessidades sanitárias de cada país, tendo em vista que a doença atacava em diferentes níveis de complexidade respiratória, levando ao fato de que grande número dos contagiados precisassem de hospitalização e até ventilação mecânica. Isso fez com que as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) colapsassem rapidamente no sistema hospitalar público e privado de cada região, o que gerou um imenso problema de saúde por não ter a capacidade de cobrir as necessidades sanitárias, aumentando o número de óbitos (HOLSHUE *et al.*, 2019).

Para amenizar a crise de saúde na maioria de regiões, o confinamento tinha que ser prolongado, causando grandes efeitos socioeconômicos, catalogando a pandemia da COVID-19 como a pior crise do mundo desde a Segunda Guerra Mundial e advertindo que os níveis de desemprego poderiam ser maiores que os alcançados durante a Grande Depressão no ano 1929 (ONU, 2020). Também pela primeira vez na história do mundo, em 20 de abril deste ano, o preço do petróleo caiu -37,63 dólares, pois sua demanda diminuiu devido à paralisação das atividades econômicas (AYALA, 2020).

Enfim, o confinamento afetou a economia geral e os setores majoritariamente atingidos foram as atividades comerciais, tanto nas importações como exportações. Outro setor grandemente impactado foi o de turismo. Com o fechamento das fronteiras, terminais aéreos e terrestres ficaram parados, o que incluiu o transporte público de cada cidade. O setor hoteleiro ficou subutilizado e todos os espetáculos artísticos e recreativos foram impedidos, sendo este outro dos setores que sofreu grandes perdas econômicas. O setor automobilístico também parou suas produções, ocasionando muitas empresas falidas e aumento de pessoas desempregadas o que, somado à queda do PIB, afetou ainda mais a economia mundial (WORLD BANK, 2020).

Algumas empresas que não necessitavam da presença física dos empregados sobreviveram adotando a modalidade de trabalho *online (home-office)*, assim como todas as instituições de ensino do mundo tiveram que transmitir suas aulas de modo *online* e a interação entre os professores e os estudantes mudou junto com os processos educativos, que foram reproduzidos por meio das plataformas virtuais e todo tipo de socialização estava restrita às redes sociais (SÁNCHEZ-VILLENA; DE LA FUENTE- FIGUEROLA, 2020).

O estilo de vida de toda a humanidade havia mudado com a medida do confinamento obrigatório e os processos de adaptação foram difíceis para todos, gerando muitos problemas biológicos, psicológicos e sociais como a aparição de doenças metabólicas, sedentarismo, sintomas de ansiedade e o incremento nas denúncias por violência doméstica, entre os problemas mais comuns no mundo (ONU MUJERES, 2020). Apesar das consequências, as medidas restritivas pareciam ser as melhores estratégias para controlar a propagação dos contágios da COVID-19.

Em meados do mês de maio 2020, vários países começaram a se tornar menos rígidos com as normas do confinamento para seus cidadãos, de acordo com o número de contágios desta doença em cada setor e, assim, paulatinamente, algumas atividades reativavam-se. Mas a maioria permanecia ainda fechada, as pessoas tinham receio do contágio e algumas

preferiam continuar com o confinamento absoluto dos primeiros meses. Outras, porém, além dos seus medos, tinham que dar conta de necessidades econômicas e continuar trabalhando fora de casa, mesmo expostas ao contágio. No final do mês de agosto, diferentes países do mundo começaram a registrar o incremento nos casos positivos da COVID-19 e as restrições sanitárias tiveram que começar novamente, desta vez mais flexíveis com confinamentos por menor tempo, toques de recolher noturno e fechamento de fronteiras com os países que registravam mais casos de contágios (GONZALEZ-CASTRO *et al.*, 2021).

Assim, a população mundial estava cada vez mais adaptada a viver uma pandemia e suas implicações e, em fins de dezembro de 2020, alguns países já começavam a registrar os primeiros contágios anunciando o começo de uma segunda onda da pandemia, pelo que incrementou a expectativa na espera do desenvolvimento da vacina que ainda estava em fase de experimentação para combater a COVID-19. Nesta vez, alguns governos ainda adotavam as medidas restritivas de datas passadas e outros decidiram baixar a guarda para reativar as economias, mas as novas variantes desta onda de COVID-19 foram igualmente letais enquanto a vacina não chegava (KAMPS; HOFFMANN, 2021).

O início do ano 2021 foi muito alentador, com o começo da primeira etapa de vacinação mundial contra a COVID-19. Havia muita esperança de acabar com a pandemia que ainda continuava deixando cifras altas em contágios e óbitos no mundo. Nesse tempo, não se conhecia se a vacinação iria conseguir a erradicação da COVID-19 ou só evitaria o contágio grave e óbitos por causa da doença. Porém, combater a pandemia só poderia ser possível até que a maior parte da população mundial estivesse vacinada com as doses completas. Enquanto isso não acontecia, a recomendação era manter as medidas de uso de máscara, capacidade de pessoas limitado, distanciamento social e higienização (CASTRO, 2021).

A desinformação sobre a vacina e seus efeitos na população foi o principal inimigo dela, as notícias falsas sobre os efeitos colaterais e as possíveis teorias conspiratórias entre os laboratórios e os governos implantaram o medo em muitas pessoas que rejeitaram a vacina. Os meios de comunicação em geral, incluindo fortemente a ação das pessoas no uso das redes sociais, e alguns governos tiveram um papel fundamental na divulgação das *fake news* em torno da vacinação, o que atrapalhou e ainda atrapalha o processo de imunização. Em muitos países, foi preciso criar incentivos como prêmios e até remunerações econômicas para conseguir que mais pessoas aceitassem tomar a vacina da COVID-19, pois para mitigar a pandemia não adianta que só alguns fiquem vacinados e outros não, porque novas cepas continuam aparecendo e atacando a humanidade (FRUGOLI *et al.*, 2021).

Foi somente em meados do ano 2021 que os contágios, as hospitalizações e o número de óbitos por COVID-19 começaram a diminuir, o que significava que a vacina estava causando efeitos positivos e declinando os índices de contágios, além de mitigar a gravidade da doença. A maioria das vacinas precisou de mais de uma dose de reforço, o que dificultou alcançar brevemente a imunização de rebanho. Em fins do ano de 2021, anunciaram o começo da vacinação para o público em geral, incluindo a vacinação para mulheres grávidas, adolescentes e crianças. Ao mesmo tempo, foi o começo da terceira onda da pandemia, com uma nova variante chamada Ômicron, que apareceu na África e mostrou-se de rápida transmissão no contágio, mas não tão mortal como as variantes anteriores (THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE, 2021).

Com o conhecimento sobre o comportamento da nova variante da COVID-19, o ano de 2022 começou a reabrir a maior parte dos estabelecimentos públicos como escolas, universidades, restaurantes, bares, academias, estádios e outros. Para o ingresso nesses locais, houve o requerimento obrigatório do comprovante de vacinação. A partir de março deste mesmo ano, após dois anos do início da pandemia, em muitos locais do mundo não foi mais exigido o uso de máscara em lugares fechados e abertos e os contágios da COVID-19 estavam reduzindo em quase em todo o mundo (WHO, 2022).

## **2.2. Sistemas de Saúde durante a pandemia**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos tem como objetivo que cada nação no mundo se esforce para promover o respeito e cumprimento dos direitos e liberdades universais e o artigo 25 desta declaração determina a saúde como um direito na vida de todas as pessoas (ONU, 1948). No entanto, a constituição da OMS declara como direito fundamental de todos os seres humanos a saúde e gozar do melhor estado dela que for possível sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social (OMS, 1946).

Para o cumprimento do direito à saúde, a OMS estabeleceu no mundo a Cobertura Sanitária Universal (CSU) para que todas as pessoas e comunidades, principalmente as de baixa renda, acessem serviços de saúde de qualidade e que a pobreza não seja um impedimento para ter acesso aos serviços de saúde, mas é importante aclarar que essa cobertura universal é diferente aos Sistemas Universais de Saúde. Essa cobertura sanitária procura garantir que todas as pessoas tenham acesso a todos os serviços de saúde com preços acessíveis e sem ficarem expostos a dificuldades sobre o financiamento. Isto inclui a promoção, prevenção, tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos que sejam de boa qualidade (OMS, 2021). O CSU é também

uma das metas de saúde a atingir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a agenda 2030 das Nações Unidas (ONU, 2018).

Não obstante efetuar o acesso à saúde para todos os seres humanos, sem exceções, ainda está longe de ser possível principalmente porque não há um sistema sanitário universal para garantir a saúde como um serviço mundialmente gratuito. O sistema de saúde é o conjunto de componentes, instituições, recursos, organizações e suas interações coordenadas para desenvolver atividades que cumpram determinados objetivos no campo da saúde envolvendo governos, profissionais sanitários, pacientes e, dependendo do seu modelo, outras instituições, serviços e produtos para responder às demandas da população, assegurando o direito fundamental à saúde (MCCOY, 2017).

Inexiste um modelo de sistema de saúde único no mundo, também não existem modelos superiores ou melhores que outros porque eles são criados para responder às realidades de cada população e na maioria das vezes são combinados uns com outros para se complementarem. Não há modelos puros porque numa sociedade complexa existem diferenças sociais e nada é absoluto. Os modelos de sistemas de saúde ao redor do mundo podem ser agrupados nos três básicos que são o Liberal- Livre Mercado, no qual a saúde é um serviço privatizado com leis de oferta e demanda e como um bem de consumo vai ter um preço a ser pago; o Socialista- Público, onde o serviço é gratuito segundo as condições de equidade da população, dirigido pelo Estado mas que pela escassez de recursos e a burocracia dos governos muitas vezes tem limitações na prática; e o modelo Misto, que é adotado por muitos países ocidentais e seu financiamento pode ser público, privado ou ambos (FRANCO-GIRALDO, 2016).

Ainda com estes três modelos sanitários que predominam no mundo, quase metade da população carece ao acesso dos serviços sanitários básicos e a cada ano milhões de pessoas ficam em pobreza extrema pagando serviços de saúde, outras pior ainda morrem por não conseguirem acessar serviços por fatores econômicos, de qualidade ou burocráticos que entorpecem o respeito e cumprimento deste direito à saúde, principalmente nos países que estão em vias de desenvolvimento, onde se encontram os maiores problemas como: desigualdades sociais, falta de profissionais de saúde ou má remuneração econômica deles, falta de instituições sanitárias e insumos médicos, o descumprimento das políticas públicas, a corrupção dos governos, o desemprego, entre outros problemas (BARRETO, 2017).

A partir do surgimento da COVID-19 foi que todos os problemas dos sistemas de saúde no mundo ficaram em evidência, quando nenhum deles conseguiu responder de forma

eficaz à pandemia, inclusive a OMS recebeu muitas críticas sobre o desempenho que teve, principalmente na demora em declarar a COVID-19 como pandemia e tomar as medidas adequadas para um melhor enfrentamento. Para esclarecer qualquer dúvida sobre sua atuação, a OMS solicitou abrir uma investigação independente sobre a resposta global na pandemia com recomendações para não repetir erros no futuro; após oito meses de investigações concluíram que a pandemia podia-se evitar e que a OMS deveria ter atuado de um jeito mais ágil após o conhecimento dos casos em *Wuhan* durante os primeiros dias do mês de janeiro de 2020 (CLARK; JOHNSON SIRLEAF, 2021).

Porém, também quando a OMS finalmente declarou a Emergência Internacional, os países não responderam adequadamente, não colocaram restrições nem sequer recomendações, principalmente seus sistemas de assistência sanitária não estavam preparados para atender uma crise desta proporção e falharam na proteção e atendimento de sua população durante a pandemia. A capacidade de resposta da maioria dos países foi deficiente porque não tinham nem os equipamentos de proteção suficientes para atender a crise; os poucos governos que responderam da melhor forma e tinham uma melhor preparação foram os países onde haviam antecedentes no enfrentamento de epidemias com outros coronavírus como Coréia, Japão e Taiwan (CLARK; JOHNSON SIRLEAF, 2021).

Em conclusão, a transmissão da doença poderia ter sido menor se a atuação global frente à COVID-19 tivesse sido urgente, ágil e efetiva; possivelmente durante o mês de fevereiro o vírus poderia ter sido controlado antes de se expandir pelo mundo, mas a falta de liderança e coordenação dos governos mundiais, combinado com os sistemas de saúde incapacitados e desorganizados com escassez de recursos, equipamentos de proteção e a falta de pessoal sanitário sem salários justos produziram uma catástrofe nos serviços sanitários do mundo, pelo que a recomendação desta investigação é trabalhar no fortalecimento dos sistemas de saúde para que os erros desta pandemia não aconteçam novamente (CLARK; JOHNSON SIRLEAF, 2021).

É claro que algumas regiões e seus sistemas de saúde tiveram melhor gestão sanitária frente à COVID-19, como o caso de Nova Zelândia e os países nórdicos onde o número de contágios foi menor em comparação a outras regiões em que a situação foi muito mais complexa, principalmente onde os países ainda estão em vias de desenvolvimento. Entre os mais afetados estiveram alguns países da Ásia, como a Índia, onde seu sistema de saúde esteve colapsado pelo rápido contágio na segunda onda do COVID-19; África também teve momentos muito críticos pela desigualdade nos processos de vacinação e no caso do continente americano,

Estados Unidos além de ser uma grande potência sofreu graves afetações, desde o colapso no sistema sanitário pelo número de contágios até a rejeição às medidas sanitárias e aos processos de vacinação (ALVAREZ; HARRIS, 2020).

Na América Latina, uma região onde existem as maiores desigualdades sociais e a maior parte dos sistemas de saúde são mistos, ou seja, existem serviços de saúde pública e privada, o panorama da pandemia foi devastador, provocado pelas desigualdades socioeconômicas da população e a fragmentação ao acesso dos sistemas sanitários frágeis. Além da instabilidade política, a corrupção, o desemprego e outros problemas regionais tornaram-se uma crise humanitária (ONU, 2022). As sequelas após a COVID-19 na maioria dos países latino-americanos estão evoluindo em problemas sociais graves que ficam difíceis de serem aplacados (SOUZA, 2020).

Entre os países mais afetados da América Latina pela COVID-19 estiveram: Chile, Peru, Equador, Argentina e Brasil (STATISTAS, 2022). Neste último país funciona o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo fortalecer a atenção primária à saúde, sendo financiado pelos recursos do orçamento de Seguridade Social com contribuições trabalhistas e financiamento estatal por impostos; foi criado em 1988 quando a Constituição Brasileira reconheceu o direito à saúde para toda a população, procurando beneficiar a todos os municípios e estados do país, descentralizando a gestão e garantindo o cuidado integral dos indivíduos, sem discriminação para ninguém e trabalhando na prevenção e promoção da saúde (ARAÚJO, 2020). Entretanto, várias questões administrativas na gestão do SUS, além do escasso financiamento que recebe por parte do Estado, entorpeceram seu desenvolvimento prático durante a COVID-19, tendo em consideração que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para acessar aos serviços de saúde (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020).

Na região do Nordeste brasileiro, por exemplo, a saúde pública é uma das mais carentes do país e conta com menor quantidade de profissionais para o número de pacientes que tem, sobretudo nas áreas do interior da região. O SUS não consegue cobrir as demandas existentes sem o pessoal necessário, evidentemente estas deficiências aprofundaram-se durante a pandemia e para mitigar essas dificuldades sanitárias, os governos estaduais da região instituíram o Consórcio do Nordeste, que é uma ferramenta criada no ano 2019 para o fortalecimento e melhoria da prestação dos serviços públicos e a proteção e promoção dos direitos da população desta região. Durante a pandemia, o Consórcio do Nordeste adotou as estratégias necessárias de curto prazo no âmbito de decretos administrativos, atividades

suspensas e recomendações para o enfrentamento da COVID-19 (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Especificamente no estado de Ceará funciona a sede da Secretaria da Saúde de Ceará (SESA) que é o órgão da administração do governo estadual encarregado de gerenciar o SUS e conta com treze hospitais, nove deles estão em Fortaleza e quatro no interior do estado (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE CEARÁ, 2017). A saúde pública no Ceará mostra vários avanços, mas na administração e no financiamento ainda está sujeita a interferências políticas, autoritárias e centralizadoras que dificultam a acessibilidade, equidade e eficácia do serviço de saúde, sobretudo em parâmetros como a promoção e prevenção da saúde, que ficam com muitas limitações quando deveriam ser prioridades do sistema de saúde no Estado (MONTESUMA *et al.*, 2006).

No começo da pandemia, dos nove estados que formam a região Nordeste os três que registravam maior número de contágio foram: Paraíba, Piauí e Ceará. Estima-se que o Ceará foi o primeiro estado da região nordestina que teve casos confirmados de COVID-19, a causa foi atribuída ao funcionamento do Aeroporto Internacional e à entrada e saída de turistas estrangeiros e nacionais. Frente a esse cenário, as autoridades do governo estadual tiveram uma ação rápida na implementação das medidas sanitárias emergenciais, consideradas bastante sólidas e efetivas para controlar o número de contágios no começo da pandemia comparando com o acionar de estados vizinhos (KERR *et al.*, 2020).

Nos últimos anos, o investimento em saúde por parte do governo estadual e prefeitura foi maior para a cidade de Fortaleza, capital do estado de Ceará. A prefeitura desta cidade atende as necessidades de saúde da população, por meio do funcionamento da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). A rede municipal de saúde de Fortaleza oferece atendimentos na atenção primária, secundária e terciária, por meio dos postos de saúde, dos hospitais, das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros serviços de saúde como odontologia, farmácia e atendimento móvel, com uma rede conveniada e composta por clínicas e hospitais privados e públicos (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2018).

Fortaleza é uma cidade com iniquidades socioeconômicas muito marcadas na sua população e este fato foi significativo durante a pandemia, mostrando um desproporcional impacto nos contágios e mortes por COVID-19 nas pessoas mais pobres, associado a maior exposição de risco e condições de vida como a segregação espacial. Embora o SUS seja um sistema sanitário gratuito, panoramas como este entropem seu acesso, dificultando-se pelas distâncias às unidades de saúde sobretudo de atenção terciária. Daí compreende-se porque para esta população as medidas



preventivas como o distanciamento físico e a quarentena muitas vezes são utópicas, ficando quase impossíveis de seguir pela precária qualidade de vida desta população (SANHUEZA-SANZANA *et al.*, 2021).

### **2.3. Os efeitos da pandemia da COVID-19 no Brasil**

No Brasil, desde o começo do mês de janeiro de 2020 a Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) havia ativado os primeiros mecanismos de resposta ao coronavírus, que estava desenvolvendo na China, e, em 28 de janeiro, o Ministério da Saúde (MS) elevou a alerta de emergência sanitária para o nível 2, que significava perigo iminente. Depois, em 03 de fevereiro, foi declarada na Portaria nº 188 a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Naquele momento ainda não se tinha nenhum caso positivo da doença confirmado no país, mas já havia quase dez casos em observação médica por suspeita de contágio. Já existiam casos positivos confirmados em Europa e América do Norte, pelo que o panorama não era alentador; entre as primeiras atuações emergenciais dos governantes brasileiros incluíram a repatriação urgente de trinta e quatro brasileiros desde China ao Brasil no dia 07 de fevereiro daquele ano (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021).

Mesmo assim, com todas as declarações ministeriais e as medidas emergenciais que até o momento tinham sido adotadas, em meados do mês de fevereiro o Carnaval, considerado a maior festa popular deste país, foi comemorado em estados como Rio de Janeiro e bateu recorde de público neste ano (BRITO, 2020). Porém, no dia 26 de fevereiro, finalmente foi confirmado e anunciado o primeiro caso positivo da COVID-19 no Brasil, que também foi o primeiro na América Latina. Tratava-se de um homem branco, de 61 anos, que havia viajado à Itália no começo de fevereiro e voltou em 21 de fevereiro a São Paulo, apresentando dias depois sintomas como febre, tosse seca e dor de garganta. Quando esse caso foi confirmado, as pessoas que haviam compartilhado o mesmo voo desde Itália e os familiares do paciente entraram em observação fechando o cerco epidemiológico (PIERRE; HARRIS, 2020).

O então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, destacou a importância de seguir as recomendações da OMS para evitar os contágios da doença sobre a quarentena e o distanciamento social no site do Ministério de Saúde, que era o portal oficial das informações sobre a COVID-19, mas este discurso e recomendações criaram conflitos com o presidente da República Jair Bolsonaro, que desde o começo minimizou a gravidade desta doença e colocou a economia do país como prioridade frente à COVID-19 e suas medidas sanitárias (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021).

A primeira morte causada por esta doença foi anunciada em 12 de março de 2020, um dia depois da declaração da OMS sobre a pandemia mundial e tratava-se de uma mulher de 57 anos, em São Paulo. No começo deste mesmo mês se confirmou o primeiro caso de COVID-19 na região do Nordeste do país e em 15 de março confirmaram os primeiros casos positivos da doença no estado de Ceará. Imediatamente toda a região apresentou grande crescimento no número de casos, principalmente nas capitais dos estados que são as cidades com a maior população (KERR *et al.*, 2021).

No final do mês de março, a Câmara dos Deputados aprovou o decreto legislativo que reconhecia o estado de calamidade pública no Brasil para um maior financiamento no enfrentamento da pandemia, e em 20 de março o Ministério de Saúde declarou transmissão comunitária em todo o país, o que demandava maiores cuidados e medidas de prevenção na comunidade. Nesse mesmo dia o Governo do Estado do Ceará publicou um decreto estadual intensificando as medidas sanitárias para o enfrentamento e a propagação da COVID-19 no Ceará, que nesse momento era o estado do Nordeste com maior número de pacientes infectados e o quarto estado em todo o Brasil (LIMA *et al.*, 2020).

A falta de liderança, ações e políticas do presidente da República para enfrentar a COVID-19, além da seguida troca de ministros da Saúde durante os dois primeiros meses da pandemia colocou o Brasil como o segundo país com maior número de contágios no continente americano, apenas atrás dos Estados Unidos, isto deixava muitas incertezas e preocupações aos brasileiros sobre a condução da pandemia por parte do Governo federal, pelo qual cada governo estadual e prefeituras municipais do país foram encarregados de impor as medidas de saúde e o cumprimento delas em cada estado e município (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021).

No começo do mês de abril daquele ano, o Congresso Nacional aprovou um auxílio emergencial de 600 reais que representava o (57,74%) do salário mínimo desse período que era \$1039 reais por mês aos comerciantes informais, com o objetivo de mitigar os danos financeiros pela inatividade econômica que causava o isolamento social; o governo do estado do Ceará também adotou algumas medidas de assistência à população de baixa renda durante a pandemia como alimentos, água, energia, gás de cozinha, dentre outros; e em maio começou o isolamento social rígido, período em que o Ceará converteu-se no segundo estado em nível nacional com maior número de casos, apenas atrás do estado de São Paulo (BRASIL, 2020).

Com a queda no número de contágios em meados do ano 2020, vários estados brasileiros iniciaram a flexibilização na reabertura do comércio e outras atividades, inclusive em setembro os alunos das redes privadas de ensino voltaram para as salas de aula e no final de

outubro os estudantes da rede pública também voltaram ao presencial (XIMENES, 2021). Com esta abertura da economia desde o segundo semestre do 2020 iniciou a segunda onda da pandemia no Brasil, o número de casos e mortes da COVID-19 em todo o país aumentaram notoriamente no mês de dezembro e em algumas regiões com mais velocidade que outras. Especificamente no Nordeste, os governos estaduais adotaram intensas medidas de isolamento principalmente em Recife, Teresina e Fortaleza, nesta última capital sua prefeitura proibiu a tradicional festa de Réveillon na Praia de Iracema (KERR *et al.*, 2021).

O ano 2021 começou no Brasil com a expansão de uma nova variante chamada Gama, que apareceu na região Norte em finais do ano 2020. No final de janeiro, os números de contágios e óbitos eram exorbitantes principalmente na cidade de Manaus. O Brasil começava a viver a segunda onda da pandemia e, devido à situação crítica que o país atravessava, as celebrações de carnaval foram canceladas. Neste tempo o estado de Ceará registrou 10 mil pessoas mortas e alta internação hospitalar pela COVID-19 (PORTAL COVID-19 BRASIL, 2022). O SUS estava colapsado na maioria de municípios, sendo a maior parte dos casos na cidade de Fortaleza e o isolamento obrigatório voltou a ser necessário para conter a transmissão da doença na capital cearense (ORELLANA; MARRERO; HORTA, 2021)

Em março do 2021, o Brasil viveu o pior período da pandemia e ficou nos olhos do mundo considerado nesse momento como o epicentro da transmissão da doença. Exatamente um ano depois do início da pandemia no 2020, o país representava 10,3% das mortes notificadas por COVID-19 no mundo, considerando que o Brasil representa apenas 3% da população global, e ao ser o gigante da América do Sul, contribuiu para que os contágios se expandissem com facilidade impressionante fora das fronteiras a outros países do continente além do que foi incluído entre os territórios considerados destinos de alto risco para o contágio da COVID-19 em nível mundial (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Evidentemente a falta de medidas econômicas e políticas no primeiro ano da pandemia agravou e clarificou os problemas existentes há anos no Brasil, como as desigualdades socioeconômicas (SOUZA, 2020), também a inflação dos preços e o estancamento das atividades comerciais em vários setores, sobretudo no setor do turismo ocasionou o fechamento de muitas empresas, causando desempregos massivos. Além disso foram expostas muitas denúncias de corrupção política que agravaram estas crises, piorando os indicadores sociais e levando quase cinco milhões de pessoas à pobreza extrema, fazendo mais notórias essas desigualdades sociais onde as populações mais pobres foram as mais

prejudicadas, principalmente os povos indígenas e afro-brasileiros que vivem em favelas ou em territórios vulneráveis (LONDOÑO; MILHORANCE, 2022).

Embora com toda esta tempestade de problemáticas sanitárias e socioeconômicas, a esperança dos brasileiros estava concentrada no processo de vacinação que havia começado dia 19 de janeiro do 2021 em todo o país. No estado de Ceará a primeira pessoa a ser vacinada foi uma profissional de primeira linha da saúde de 51 anos moradora em Fortaleza, aonde chegaram 218 mil doses da vacina para serem distribuídas ao redor do estado. A primeira fase de vacinação começou com os profissionais de saúde, idosos e população com doenças de risco (GOVERNO DO CEARÁ, 2021a).

Nos primeiros seis meses do 2021, o Ceará viveu momentos de grandes contrastes porque dobrou o número de contágios e óbitos da COVID-19 até chegar a 20 mil mortes pela doença. Além disso em finais de julho se confirmou que a nova variante da Índia, chamada Delta e considerada de alto contágio, já circulava no estado nordestino. Ao mesmo tempo, o processo de vacinação continuava a passos acelerados, com estratégias efetivas em todo o Ceará, coordenadas pelas autoridades do governo estadual e prefeituras para tentar mitigar a propagação do vírus nesta população, tanto assim que alcançaram uma vacinação de 80% da população em meados do ano e o processo de vacinação para a segunda dose de reforço iria começar (PORTAL COVID-19 BRASIL, 2022).

Porém, o processo de vacinação da COVID-19 teve algumas complicações no país e no Ceará, pela desinformação e por movimentos antivacinas, em que pessoas rejeitavam ser vacinadas por falta de crença na Ciência, medo dos efeitos secundários da vacinação e teorias conspiratórias. O contexto político que o Brasil vivia também foi uma causa que influenciou a decisão de rejeitar o processo de vacinação, como a falta de importância com a qual o presidente Jair Bolsonaro tratou COVID-19 desde o começo da pandemia e os discursos negacionistas sobre o tema, inclusive promovendo o uso de medicação não comprovada para o tratamento da doença, gerando desinformação e divisão nas atuações da população brasileira frente à pandemia. O presidente muitas vezes foi um grande oponente do processo de vacinação, falando de graves efeitos secundários sem sustentação científica, o que pode ter entorpecido o processo de vacinação para as pessoas que acreditavam no discurso do seu governante (MACIEL *et al.*, 2022).

Os efeitos positivos dos avanços no processo da vacina no Brasil e no Ceará evidenciavam-se no segundo semestre de 2021 com a queda de casos e mortes por COVID-19, mas desta vez as autoridades estaduais de Ceará e Fortaleza buscaram evitar os erros passados

pelo que mantiveram o uso obrigatório da máscara e, em novembro, o comprovante de vacina passou a ser um documento indispensável em todos os estabelecimentos públicos. Além disso, a Prefeitura de Fortaleza uma vez mais anunciou que a festa de Réveillon ficaria suspensa, ao mesmo tempo os primeiros contágios da nova variante Ômicron eram confirmados em Fortaleza (GOVERNO DO CEARÁ, 2021b).

Para começos de 2022, Fortaleza registrou quase toda a população das pessoas adultas vacinadas com uma ou duas doses e os contágios da nova variante mostraram ser menos letais e com um número menor de internações hospitalares que as anteriores variantes, pelo que durante a terceira onda da pandemia o Sistema de Saúde não chegou a 100% de sua capacidade(CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2022).Assim, com a contínua queda de casos, os eventos públicos não tinham mais restrições de capacidade e, em finais de março, a máscara deixou de ser de uso obrigatório, visto que os casos positivos da COVID-19 permaneciam em queda no Brasil.Em 22 de abril do 2022, através da portaria GM/MS nº 913, declarou-se o encerramento da ESPIN (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021)

Em síntese, são muitas as consequências que têm deixado a pandemia da COVID-19 no Brasil indo além de uma doença qualquer com efeitos sociais, culturais, econômicos, políticos e outros, mas, principalmente impactos na saúde integralda população brasileira com sequelas físicas e mentais que precisam ser tratadas para não agravar a situação e circunstâncias que tem já deixado a pandemia na atualidade (LONDOÑO; MILHORANCE, 2021; MACIEL *et al.*, 2022; SRITHARAN J; SRITHARANA, 2020).

### **3 SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 E SEUS FAMILIARES**

#### **3.1. A saúde – histórico e conceito**

A história do termo saúde parte do conceito contrário, que é a doença, e a busca de um antônimo. A doença era exploradadesde muito cedo pela humanidade, como revelam pesquisas paleontológicas em múmias egípcias e estava associada às crenças mágico-religiosas;no Oriente, as doenças eram o anormal fluxo energético do corpo e,no Ocidente,em culturas como as indígenas, eram causadas pela possessão dos maus espíritos no corpo e o xamã era a pessoa encarregada,mediante rituais e plantas com substâncias alucinógenas,de fazer as limpezas do espírito, enquanto para os cristãos a doença eravistacomo castigo de Deus pelos pecados cometidos. Por exemplo, na idade média, a lepra era vista comoum pecado e na Grécia

Antiga também era vista como uma maldição pela fúria dos deuses da mitologia, inclusive várias divindades gregas representavam a saúde, como Higiéia que era a deusa da Saúde e Panacea, a deusa da Cura (SCLIAR, 2007).

Entretanto, os gregos, além de relacionar a doença com a mitologia, começaram a praticar a cura com o uso de métodos naturais, entre eles Hipócrates (460-377 a.c.) o pai da Medicina, abandonou todo pensamento mágico-religioso sobre as doenças e em seus escritos referiu-se à saúde desde o método clínico com a observação empírica e a crítica e foi conhecido também pela Arte Hipocrática, que consistia na Medicina tratada como uma fusão entre as artes e as ciências; com o tempo as ideias hipocráticas se mantiveram, mas os estudos em torno da saúde foram evoluindo com os anos. No final do século XIX, com a Revolução Industrial, se estabeleceram as bases da epidemiologia moderna, entendendo-se que as doenças estavam associadas aos fatores biológicos, físicos e ambientais (SCLIAR, 2007).

No século XX não existia um conceito universal do termo saúde, mas após a Segunda Guerra Mundial, a ciência médica teve grande desenvolvimento e houve a necessidade de um organismo internacional para estabelecer um conceito e melhorar as condições de saúde que haviam sido afetadas na população durante a guerra, pelo que foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS). Por meio de um consenso entre algumas nações nasceu o primeiro conceito de saúde universalmente aceito que foi divulgado em 07 de abril de 1948 e diz: “A saúde é o estado de completo bem-estar do indivíduo, no mental, físico e social e não apenas a ausência das doenças”, mas alguns criticaram e ainda criticam esse conceito por considerá-lo muito amplo e até subjetivo (DA SILVA, 2012).

Para aquele momento a saúde havia se convertido em uma questão politicamente importante que precisava ser regularizada por organismos nacionais e internacionais. O primeiro organismo internacional sanitário do mundo foi a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que nasceu no continente americano, fundada em 22 de janeiro de 1902, mas foi somente no período pós-guerra que essa organização se fortaleceu e formou parte da OMS, como escritório regional nas Américas, compartilhando os mesmos objetivos, missão e visão frente à saúde, trabalhando em conjunto para o bem-estar sanitário da população nos países do continente americano (PAIVA, 2006).

No Brasil, a Constituição Federal da República em seu artigo 196 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação; também, no artigo 198-II garante

o atendimento integral da saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O conceito de saúde integral abarca todas as dimensões do ser humano, desde um enfoque biopsicossocial incluindo seus aspectos físicos e sociais em estado de completo bem-estar e equilíbrio, sendo considerados todos esses aspectos com a mesma importância. Este é o conceito atual e universal de saúde adotado pela OMS (1948) e sobre este mesmo conceito a Constituição Federal do Brasil garante um atendimento integral para toda a população, sem prejuízo dos serviços assistenciais, o que inclui os serviços de saúde física, mas também os serviços de saúde mental (LUNA, 2014).

### **3.2. Perspectiva histórica da saúde mental no Brasil**

A OMS define o conceito de saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência de suas próprias capacidades e habilidades, pode enfrentar as tensões normais da vida cotidiana, pode trabalhar produtivamente e é capaz de fazer contribuições para sua comunidade, o que vai além da ausência de doenças mentais (OMS, 2019). Outras definições desse conceito são atravessadas pelo discurso psiquiátrico que entende a saúde mental como o oposto à doença de transtornos mentais e outras definições ainda mais complexas incluem os aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais como fatores que poderiam influenciar nos pacientes alguns dos transtornos mentais (GAINO *et al.*, 2018).

O conceito de saúde mental tomou relevância global após a Segunda Guerra Mundial, que deixou em evidência a ineficácia dos hospitais psiquiátricos e seus tratamentos, que eram caracterizados pela crueldade e as torturas contra os doentes mentais. No final dos anos 70 começou a Reforma Psiquiátrica ao redor do mundo, que consistia na desarticulação dos hospitais psiquiátricos e manicômios procurando uma forma mais ética e humana no tratamento das doenças mentais. Essa reforma teve início na Itália, com a Lei Basaglia em 1978, que alcançou repercussão mundial e particularmente no Brasil pela relação do psiquiatra Basaglia com profissionais da saúde brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi impulsionada no ano de 1989, com o Projeto de Lei nº 3.657 proposto pelo deputado Paulo Delgado. Em 1990, a Declaração de Caracas nas Américas foi fundamental na história da saúde mental na região, promovendo o respeito aos Direitos Humanos e bons tratamentos das pessoas com doenças mentais além da importância na atenção de saúde mental para sua comunidade. Porém, somente doze anos depois foi aprovada a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, dispondo sobre a proteção dos direitos das pessoas com

transtornos psicológicos e apresentando um novo modelo assistencial na saúde mental, com a destituição dos hospitais psiquiátricos e manicômios (YASUI; BARZAGHI, 2018).

Essa reforma deu espaço às novas políticas de saúde no país, que tinham como objetivo a assistência em saúde mental procurando substituir os hospitais psiquiátricos e as internações de longa duração que isolavam os pacientes da sociedade por cuidados sobre os transtornos mentais, com serviços sanitários dentro dos hospitais gerais, com internações de curta duração e somente em casos de extrema necessidade. A política de saúde mental no Brasil também propôs a constituição de uma rede diferenciada de atenção diária à saúde mental, que procurava expansão por todo o território brasileiro para alcançar as regiões onde a assistência comunitária era inexistente (AMARANTE; NUNES, 2018).

Assim, o Ministério de Saúde determinou no ano 2002 a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são espaços destinados a prestar assistência psicológica aos pacientes com transtornos mentais às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em um tratamento não-hospitalar, procurando sua reintegração na sociedade. Estas mudanças nas políticas de saúde fizeram com que em 2003 a OMS reconhecesse a relevância global da política pública brasileira e em 2004 fosse realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil (FIGUEIREDO, 2019).

Até o 2019 o SUS registra o funcionamento de 2.661 CAPS em todo o país, cobrindo as necessidades de saúde mental da população brasileira (BRASIL, 2019). Também neste mesmo ano, no dia 14 de agosto, foi publicada a Resolução Nº 8 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), que garante as políticas nacionais de saúde mental e drogas com um serviço e tratamento que têm como princípio básicos os direitos humanos dos pacientes, evitando qualquer tipo de violação deles, abolindo a discriminação, o preconceito, estigma e valorizando a dignidade, liberdade e o consentimento prévio. (BRASIL, 2019b)

O modelo das políticas de saúde mental no Brasil com bases no SUS tem uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ampla de serviços e atendimentos de saúde mental que conta, além dos CAPS, com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os Leitos de Atenção Integral em hospitais gerais, CAPS III e o programa Volta para Casa que procuram garantir um atendimento comunitário de maneira universal sem discriminação, mostrando a importância que merece à saúde mental de sua população (BRASIL, 2019).



### 3.3. A saúde mental e a COVID-19

A pandemia evidenciou não somente consequências de saúde física, mas também de saúde mental na população global. Ainda hoje é imprevisível compreender a magnitude da afetação psicológica que surgiu a partir da crise da COVID-19 combinada com outros fatores: 1) idiossincráticos, 2) ambientais/políticos 3) socioeconômicos/culturais e 4) ocupacionais (CARLOTTO; DELBEN, 2020). De acordo com estudos sobre as epidemias e pandemias passadas, a população poderia apresentar um incremento nas emoções negativas como sentimentos de medo, tristeza, raiva, solidão e diminuição das emoções positivas como a felicidade e a satisfação, com maior incidência em determinadas populações, por isso é preciso ativar a atenção integral da saúde (HUARACAYA-VICTORIA, 2020).

Estas emoções e sentimentos negativos foram originados principalmente por fatores de risco como o isolamento e distanciamento social (físico), mudanças nas rotinas diárias, a desinformação e excesso dela, também pela crise econômica, social, o desemprego e os possíveis traumas relacionados à doença (SRITHARANJ; SRITHARAN A, 2020). Nos próximos anos existe a hipótese de uma última onda da COVID-19 que seria sobre as patologias mentais na população em geral, associada a estes fatores de risco durante os tempos da pandemia pelas situações de estresse sofridas, com índices altos nos diagnósticos de algumas doenças mentais e no incremento do uso de drogas e álcool (GONZALEZ-RODRIGUEZ; LABAD, 2020).

O isolamento e distanciamento social foram geradores de sequelas importantes na saúde mental, causadas pela ausência de socializações e comunicações interpessoais próprias da cotidianidade humana, com sintomas como sofrimento, tédio, solidão, insônia e segundo a duração da quarentena, quanto mais longa, mais prejudicial, ocasionando frustração na perda da rotina normal das pessoas, assim como pela falta e/ou excesso de informações sobre a doença, que também foi classificado como um estressor durante o isolamento gerando, em ambos extremos, um efeito de insegurança nas pessoas pelo desconhecimento da doença ou pelo excesso deste.

Por outro lado, a quarentena também teve uma redução na disponibilidade das intervenções psicológicas e psicoterapêuticas presenciais em nível global, o que demandou adaptação no processo remoto para os usuários deste serviço e alguns deles preferiram desistir do atendimento, ficando sem cuidados de saúde mental (VANZELLI; PALEARI; FABRI, 2021).

A crise econômica e os problemas sociais são outros gatilhos que têm afetado psicologicamente a população, porque as sequelas financeiras desencadeadas pela pandemia têm causado muita angústia e incertezas, como medo de perder o emprego ou pelo fracasso dos empreendimentos e empresas, que pode comprometer a segurança financeira dos indivíduos e suas famílias. Isso também repercute no aumento dos níveis de pobreza, derivando em outros problemas sociais que já existiam antes da pandemia, mas agora só tem se agudizado como a insegurança alimentar, desnutrição infantil, violência doméstica e social que estão entre os principais problemas da sociedade brasileira (LONDOÑO; MILHORANCE, 2021).

E o principal fator de risco, obviamente, é em torno da COVID-19 e a crise de saúde gerada pelo medo do contágio grave ou morte, também da preocupação de contagiar a terceiros; as incertezas pelos sintomas e por buscar medidas de prevenção da pandemia, além do estigma desta doença que no começo gerou até alto preconceito na sociedade, frente à preocupação excessiva de contágio. Porém, também tem relação com a falta de garantias nos serviços de saúde, pelo colapso das instituições hospitalares na internação e nas UTIS, o que fez tudo o que é relacionado à COVID-19 um estressor de alto risco, associado fortemente aos problemas de saúde mental atuais (NASCIMENTO; SANTOS; SIQUEIRA, 2021).

Desde o começo da COVID-19 até os dias atuais, a saúde mental tem sofrido repercussões e alterações por conta dos fatores estressores anteriormente mencionados e outros associados à pandemia que foi um fato único, histórico e supressivo para a humanidade. Quem não havia vivido algo similar e no começo não tinha ideia do que enfrentaria, pior ainda como reagir pelo que os governos e organizações internacionais do mundo concentraram seus esforços e luta no risco biológico desta doença para guardar a vida dos seres humanos, mas as implicações psicológicas desta ficaram em segundo plano, sendo subestimadas e até negligenciadas (ORNELL, 2020).

Finalmente, os casos de contágio e óbitos foram reduzindo em nível mundial mas todos aqueles problemas colaterais, principalmente as sequelas psicológicas, estão ficando visíveis e pouco a pouco se desenvolvem, sobretudo os relacionados a populações que foram mais vulneráveis, tanto no individual quanto no coletivo. Então, é necessário gerar urgentemente estratégias para o enfrentamento das afetações psicológicas, evitando uma catástrofe desta vez na saúde mental pública, quando os índices de vários transtornos psicológicos crescem aceleradamente (ORNELL, 2020).

### 3.4. A saúde mental dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares

Os problemas de saúde mental relacionados à pandemia acontecem com maior frequência em determinados grupos de pessoas que são consideradas com maior risco psicológico que outras pelas vivências próprias de sua cotidianidade e história durante a COVID-19, além da proximidade que tiveram com essa doença e os recursos do seu entorno para o enfrentamento dela, entre os principais grupos vulneráveis estão os profissionais da saúde, idosos, pessoas com transtornos mentais prévios, pacientes com COVID-19 e seus familiares (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

Os profissionais da primeira linha da saúde, principalmente os enfermeiros enfrentaram a pandemia desde seu início com várias incertezas de trabalho e também pessoais, como a exposição ao risco de contágio que padeciam diariamente, além de que os horários de trabalho eram extenuantes e também o número de pacientes contaminados que atendiam, ou as altas quantidades no número de óbitos pela COVID-19 a cada dia. Essas são algumas das causas mais comuns que têm gerado significativo sofrimento mental nos profissionais da saúde, transformando-os num dos grupos com maior exposição na sua saúde física e mental durante a pandemia (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

As pessoas idosas desde o começo da pandemia foram catalogadas como uma das populações com maior risco de padecer consequências graves pela COVID-19, porém, a maioria teve que ficar isolada de forma estrita e por longos períodos de tempo, muitos deles sozinhos, com medo, angústia e em completa solidão, também atravessaram processos de perda e luto de muitas pessoas de seu entorno e contemporâneos, como cônjuge, irmãos e amigos, além de enfrentar o medo da sua própria morte, o que ocasionou alto risco em sua saúde mental. Os pacientes diagnosticados com transtornos psicológicos prévios foram outros dos grupos vulneráveis relacionados à saúde mental, porque seus quadros clínicos prévios podiam se agravar com a mudança em suas rotinas diárias, também a mudança e nova forma de atenção psicológica ou a falta deste serviço no momento foi outra das possíveis causas e o medo do evento desconhecido da COVID-19 que o mundo vivenciava nesse momento (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

Especificamente, os pacientes que foram diagnosticados com COVID-19 são um dos principais grupos com riscos na saúde mental, associados a vários sentimentos como a negação a estar contagiado ou inclusive sobre a existência da doença. O medo, as consequências que o contágio trouxe, como a culpa de ter contaminado um ente querido, e a vergonha diante do estigma sobre uma doença nova e de fácil transmissão são fatores que levam esses pacientes a

se sentirem excluídos e até discriminados socialmente, sofrendo intensas reações emocionais e comportamentais como raiva, solidão e insônia; levando em conta que quanto mais grave o contágio da COVID-19 que padecem, é maior o risco psicológico que podem apresentar (FERRER, 2020).

Sabe-se que a COVID-19 é uma doença que afeta de diferentes formas a cada indivíduo e sua intensidade de contágio pode ser aguda, crônica e até catastrófica. Existem pacientes assintomáticos, que nem souberam que estavam contaminados, outros pacientes apresentaram vários sintomas similares aos da gripe comum, principalmente dor de cabeça, febre, tosse seca e receberam tratamentos médico-ambulatoriais sem demandar internação hospitalar, e por último os outros pacientes que precisaram ser internados pela severidade dos sintomas relacionados a quadros pneumônicos, onde o progresso dos sintomas é acelerado e com pior prognóstico chegavam a precisar de cuidados intensivos (CAMPOS *et al.*, 2020).

Geralmente, a gravidade do contágio da COVID-19 está associada à internação hospitalar, pelo que os pacientes ao perceberem seu mau estado de saúde tendem a apresentar maior risco em sua saúde mental, manifestando altos níveis de estresse, angústia, alguns sintomas de ansiedade e depressão, muitos destes provocados pelo medo de não sair dessa internação com vida, considerando o panorama que se vivenciava na pandemia (MATTA *et al.*, 2021).

Já os pacientes com COVID-19 que foram internados em condições de saúde mais críticas e precisaram ingressar nas UTIs durante a hospitalização, após superar a doença ficaram com igual ou maior probabilidade de risco em sua saúde mental, mostrando similar tipo de afetação dos pacientes internados, em ambas populações também se apresentaram ataques de pânico e sintomas associados aos de estresse pós-traumático. Após essa experiência, alguns casos até apresentaram quadros psicóticos e paranóicos, configurando-se um grupo de alto risco de saúde mental no pós-pandemia (MATTA *et al.*, 2021).

Outra população muito importante que pode sofrer risco na saúde mental e afetação emocional são os familiares dos pacientes COVID-19 ou seus cuidadores mais próximos. Muitas vezes essa população fica sem o apoio psicológico que precisa, os cuidadores e familiares cumprem um papel fundamental porque são as pessoas que têm que lidar com emoções e sentimentos semelhantes aos daqueles pacientes como medo, culpa, raiva, desesperança, estresse, angústia, sentimento de perda, entre outras, pelo tipo de situações que atravessam como familiares de contaminados pela doença (PEREIRA; MONTEIRO; AMORIN, 2020).

Esses riscos mentais aumentam quando há internação hospitalar do doente, porque os familiares deles vivem situações mais complexas como a tomada de decisões com alto impacto emocional no que concerne à saúde do seu familiar, também experimentam o medo de se contaminar por ele ou a possível culpa por ter contagiado um familiar, além da angústia com a possível perda do ser querido, ou ter que viver um processo de luto e perda se o doente chega a morrer. Pior ainda é estar longe nestas circunstâncias, por isso outro fator de risco mais visível nestes casos é a distância e a falta de notícias, a comunicação com os familiares sobre os pacientes COVID-19 enquanto estes estão hospitalizados (PEREIRA; MONTEIRO; AMORIM, 2020).

Por conta do grande risco de contágio no ambiente hospitalar durante a pandemia, os protocolos de manejo com os pacientes COVID-19 internados foram diferentes e os hospitais tiveram que reorganizar a estrutura de atendimento com várias restrições enormes sanitárias, como leitos de isolamento hospitalar que se refere à separação espacial dos infectados com doenças transmissíveis de pessoas com outras doenças, implementando setores e áreas específicas para atendimento (NABUCO; PIRES DE OLIVEIRA; AFONSO, 2020), a criação de maior número de leitos de terapia intensiva e restrições de transferência e mobilidade dentro do hospital, até a proibição de visitas aos pacientes COVID-19 (FERNANDES, 2021).

Os profissionais sanitários, frente a estes protocolos e restrições, implementaram que todas as informações de saúde dos pacientes internados com COVID-19 para seus familiares sejam por meios virtuais ou ligações telefônicas, uma a duas vezes por dia. Segundo o quadro de saúde de cada caso, era o próprio paciente que se comunicava diretamente com a família por meio de uma ligação de vídeo para minimizar de algum jeito esse distanciamento físico durante a internação hospitalar (LACASTA-REVERTE *et al.*, 2020).

Por exemplo, na cidade de Fortaleza, os hospitais referências para tratamento da COVID-19 implementaram o envio de um boletim de saúde diário via *WhatsApp* ou *e-mail* aos familiares, explicando o estado de saúde do paciente, além da ligação telefônica ao final da tarde por parte do profissional de saúde ou do próprio paciente. O Hospital Instituto Dr. José Frota criou uma ferramenta chamada “Jandira” para oferecer este serviço entre os familiares e pacientes COVID-19. Desde junho 2020, a Prefeitura criou no aplicativo “Mais Saúde Fortaleza”, uma opção para que os familiares dos pacientes internados em alguns hospitais da cidade acompanhassem a evolução do quadro clínico do familiar internado (FERNANDES, 2021).

A iniciativa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC) foi a criação do Time de Boletim Médico, que é um grupo composto por uma equipe interdisciplinar com assistentes sociais encarregados de buscar contatos familiares dos pacientes internos e fazer entrevistas sociais de identificação do familiar de referência para o recebimento do boletim diário. Já os médicos estavam encarregados de dar informações cotidianas e sobre o prontuário dos pacientes internados. Por meio desta iniciativa, procurava-se oferecer acolhimento e otimizar a comunicação efetiva entre a equipe médica e os familiares destes pacientes. O boletim e a ligação eram feitos diariamente (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2021).

Entretanto, nem sempre essas comunicações entre familiares e pacientes internados com COVID-19 e os profissionais de saúde foram executadas de maneira eficaz. Dadas as dificuldades próprias de um processo totalmente novo, dentro do âmbito hospitalar, sobretudo em um momento de alta demanda nos serviços de saúde e frente a uma doença nova, da qual ainda se desconheciam seus processos e protocolos hospitalares, a adaptação a esses processos de comunicação e informações diárias correspondendo às demandas dos pacientes e suas famílias nem sempre foi efetiva, o que gerou consequências marcantes na saúde mental dessas duas populações (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

Dado que a comunicação neste tipo de situação cumpre um papel fundamental no bem-estar emocional dos pacientes e familiares, e a falta desta mostra um impacto psicológico com muita angústia, estresse, ansiedade pelo fato da distância e de não ter contato em momentos críticos como este, gerava para as famílias muita incerteza do estado de saúde ou prognóstico da doença do paciente, além do pânico de não se despedir do paciente caso ele morresse. E quanto aos pacientes, o fato de não ter comunicação com os familiares no decorrer da internação, fazia perder todo tipo de apoio psicossocial incrementando sua ansiedade e medo da solidão que atravessava (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

Enfim, são muitos os fatores de risco sobre a saúde mental nos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares convertendo-os numa população muito vulnerável para apresentar sequelas psicológicas como transtornos mentais, que foram muito frequentes na pandemia como consequência desta experiência vivida. Entre os mais comuns estão os transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, além de outros processos psicológicos como o luto e a perda, que é uma situação frequente para muitos indivíduos em tempos de pandemia (LACASTA-REVERTE *et al.*, 2020).

## **4 SEQUELAS PSICOLÓGICAS E PROCESSO DE PERDA E LUTO NOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 E SEUS FAMILIARES**

### **4.1. As crises e suas sequelas psicológicas**

As crises são situações que provocam alterações na vida das pessoas afetando sua cotidianidade, algumas dessas situações se apresentam de forma violenta ou inesperada quebrando o equilíbrio que tem a pessoa com seu entorno, desencadeando tristeza, desesperança, confusão, pânico e desorganização emocional, o que pode ameaçar a saúde mental e aumentar a vulnerabilidade da pessoa, apresentando sinais e sintomas clínicos que podem ser causa de transtornos mentais como algumas das sequelas pelo impacto psicológico de crises vivenciadas pela pessoa, precisando de intervenção e tratamento profissional para sua resolução (MINIHANet *et al.*, 2020).

A crise se manifesta por um evento desencadeador e a resolução dela depende de alguns fatores como a gravidade desse evento, além dos recursos pessoais e sociais da pessoa ou pessoas afetadas, dado que existem crises individuais e coletivas. Nos últimos anos, uma das maiores crises vivenciadas por toda a humanidade é a pandemia de COVID-19 apresentando-se como uma situação inesperada que veio a mudar o estado e cotidianidade na vida de todos, causando níveis altos de estresse pelas mudanças, traumas e perdas provocadas por esta doença, tocando o estado mental e gerando alto impacto a nível psicológico da população global (OLIVEIRA *et al.*, 2020a).

O conceito de impacto psicológico refere-se às consequências ou sequelas mentais, trazendo um acontecimento, vivência, experiência ou situação que provoca mudanças importantes na vida da pessoa, sobretudo na esfera mental e, de acordo com o impacto que tenha sofrido o indivíduo, podem manifestar-se reações emocionais ou condutais. Pode ainda aparecer sintomatologia de alguma doença psicológica e até originar transtornos mentais ou outros processos psicológicos como as crises de ansiedade, traumas ou processo de luto e perda; todas estas sequelas psicológicas na população aumentaram ultimamente com o aparecimento da COVID- 19 e a predição da OMS alerta que estas continuarão aumentando consideravelmente nos próximos anos (HANNEMANN *et al.*, 2022).

## **4.2 Os transtornos mentais como sequelas psicológicas da crise da pandemia**

Uma das sequelas mais recorrentes pelo impacto psicológico da crise da pandemia são os transtornos mentais, que são síndromes caracterizadas por alguma alteração clinicamente significativa do estado cognitivo, da regulação emocional ou do comportamento da pessoa e refletem uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento latente nas funções mentais; os transtornos mentais estão associados a um estresse significativo, que pode provocar incapacidade social, laboral ou de outras áreas importantes de desenvolvimento humano e comportamentos anômalos como sociedade; não são considerados transtornos mentais as respostas previsíveis ou culturalmente aceitáveis frente a um estresse usual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A pandemia desencadeou o incremento no diagnóstico de alguns transtornos mentais, os mais frequentes na população foram especificamente o transtorno de ansiedade e o transtorno de depressão, com um aumento de 25% em sua prevalência no mundo. Também tem aumentado o transtorno de sono-vigília como a insônia, os ataques de pânico, fobias e o consumo excessivo de álcool e outras drogas, a principal explicação para esse aumento é o estresse sem precedentes, causado pela pandemia. As pessoas com COVID-19, que foram hospitalizadas pela gravidade no padecimento da doença, mostram particularmente maior risco de apresentar esse tipo de transtornos (HANNEMANN *et al.*, 2022).

Especificamente no Brasil, a saúde mental da população tem piorado nos últimos anos com o incremento no diagnóstico dos transtornos mentais como a depressão, ansiedade e transtornos de estresse pós-traumático, que têm aparecido com maior frequência como sequela da COVID-19 nesta população; em Fortaleza também a demanda nos atendimentos e serviços de saúde mental tem aumentado a partir da pandemia, mostrando uma maior incidência nas crises de ansiedade e no transtorno de depressão, que afetam 11% da população desta cidade, acima de outras doenças, como o diabetes (VIGITEL, 2021).

### **4.2.1. Transtorno de ansiedade**

A ansiedade é um sentimento derivado do medo, caracterizado por tensão e desconforto. Esse sentimento passa a ser reconhecido como transtorno mental quando interfere na qualidade de vida do indivíduo e seu desempenho diário. Segundo o DSM-V os transtornos de ansiedade compartilham características de medo, pânico e ansiedade excessiva, o que pode gerar perturbações no comportamento. Os sintomas deste transtorno podem ser divididos em subjetivos, referentes à percepção de sensações desconfortáveis como angústia, inquietação, preocupação excessiva ou pavor; e sintomas físicos, como sensações corporais de aperto no



peito, palpitação frequente, falta de ar, náuseas, cólica abdominal, transpiração excessiva, tremores, calafrios, tontura ou formigamentos (APA, 2013).

Existem diferentes tipos de transtornos de ansiedade, que têm como base o sentimento de medo e compartilham vários sintomas em comum. No contexto da pandemia da COVID-19, as pessoas apresentaram um aumento alarmante dos diferentes tipos de ansiedade, relacionando sua causa principalmente ao medo por sua saúde e tudo referente ao tema, provocando afetação do comportamento com condutas inapropriadas, gerando sofrimento nas pessoas que padecem desse tipo de transtorno. (HANNEMANN *et al.*, 2022).

Para a OMS, em 2017 o Brasil foi considerado o país com maior índice de pessoas com transtornos de ansiedade em todo o mundo, acometendo quase 19 milhões de brasileiros, que representa 9,3% da população total do país, taxa três vezes maior que a média global (WHO, 2017). Porém, com a pandemia, isso tem piorado e os casos de ansiedade no país aumentaram notoriamente, fazendo com que o Brasil se sobressaia entre os demais países latino-americanos com maior incidência em transtornos de ansiedade (ORNELL *et al.*, 2020). A OMS afirma que existe alta prevalência nos diagnósticos desse transtorno mental nos últimos anos. No Ceará, os serviços de saúde mental oferecem atendimento emergencial e ambulatorial para quem apresente um quadro grave do transtorno e os casos mais leves são atendidos na atenção primária (VIGITEL, 2021).

#### **4.1.2. Transtorno de depressão**

A depressão está caracterizada pelo sentimento permanente de tristeza, acompanhado da perda quase completa do interesse ou prazer pelas atividades que antes eram desfrutadas pela pessoa, além de sentimentos de culpa e baixa autoestima, que interferem na vida e rotina diária das pessoas e suas atividades básicas como comer, trabalhar, estudar e aproveitar a vida. Também apresenta alterações fisiológicas como problemas do sono, mudanças de peso, cansaço excessivo e perda da concentração. Segundo o Manual de diagnóstico e estatísticas dos transtornos mentais DSM-V, o transtorno de depressão é uma doença clínica comum e pode ser ocasionada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. Essa doença pode ser transitória ou prolongada e conforme sua gravidade, que pode levar ao suicídio (APA, 2013).

A depressão é um transtorno frequente e é considerada a principal causa de outros problemas de saúde e incapacidade no mundo. O transtorno depressivo pode aumentar o risco de consumo de álcool e outras drogas, aparição de doenças como diabetes e outras de tipo

cardíaco. O tratamento da depressão tem apresentado muitas dificuldades, pelos medos e discriminação que vivem as pessoas com este transtorno, também pela falta de atenção e erros na detecção dos sintomas, que com frequência não são diagnosticados ou são confundidos com outras doenças, como a ansiedade (HANNEMANN *et al.*, 2022).

Antes da pandemia, a atenção à saúde mental no mundo tinha enormes lacunas que deviam ser melhoradas e fortalecidas, mas durante estes últimos anos houve um aumento no diagnóstico do transtorno de depressão, que afeta 3,8% da população mundial, associando sua causa ao estado de saúde e o pessimismo dos indivíduos diante da COVID-19. A maior prevalência se dá entre jovens e mulheres, por isso é preciso que todos os países criem iniciativas e campanhas que ajudem a melhorar o atendimento da saúde mental de suas comunidades, considerando as especificidades desses grupos e levando em conta que os países com maior diagnóstico deste transtorno após a pandemia são os mesmos países que foram mais afetados pela COVID-19 (WHO, 2019).

Este é o caso do Brasil, onde o número de óbitos e contágios da COVID-19 foi dos mais altos na América e dos mais altos na esfera global, o que tem relação direta com o incremento de casos de depressão a partir de 2020. Em Fortaleza evidenciou-se uma alta nos casos de depressão pós-pandemia e na gravidade dos sintomas dessa doença, que pode estar relacionado à falta do tratamento, sendo mais frequente em mulheres do que em homens (ORNELL *et al.*, 2020; VIGITEL, 2021).

#### ***4.1.3. Transtorno de estresse pós-traumático***

O estresse é uma reação a situações adversas de perigo ou ameaça e os seres humanos ao longo da existência têm vivências que podem gerar maior estresse do que outras. Porém, existem situações de estresse extremo e potencialmente traumáticas, que podem ter efeitos debilitantes da saúde mental e física, desenvolvendo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O TEPT é provocado pela exposição única ou prologada a um ou mais eventos desta natureza, que representem ameaça da própria vida ou da vida de terceiros, algum tipo de violência, acidentes ou lesões graves, entre outros. Esses eventos podem ser por vivência direta ou por testemunha (APA, 2013).

Os sintomas desse transtorno estão relacionados a lembranças intrusivas e angustiantes, recorrentes e involuntárias ligadas ao evento, como pesadelos, evasão dos estímulos associados ao evento traumático, alterações negativas em cognições e emoções, começando após a ocorrência do fato; sentimentos de distanciamento social e sintomas

fisiológicos como sudorese ou taquicardia. Esse transtorno pode ser grave ou duradouro quando o estressor é intencional como tortura, violência física ou sexual e os sintomas sempre aparecem após o trauma, mas nem todas as pessoas que vivem situações traumáticas desenvolvem TEPT (APA,2013).

Na população em geral, 3% apresentam esse transtorno mental, que é muito frequente em veteranos de guerra, sendo um dos transtornos mentais que gera mais incapacidade nos Estados Unidos. Na pós-pandemia, existe ampla incidência na sociedade global, sobretudo em pessoas que foram afetadas diretamente com a COVID-19. Pessoas que padeceram da doença têm manifestado altos níveis de estresse, porém é preciso considerar o contexto pandêmico como evento estressor e até traumático para estabelecer a relação com o incremento de TEPT, facilitando o diagnóstico e tratamento deste transtorno e considerando que é previsível que essa alta aconteça cerca de seis meses após o evento traumático da pandemia (YUAN *et al.*,2021) e, mais especificamente, das vivências mais intensas de cada indivíduo.

Com frequência, os pacientes de outras epidemias de coronavírus como a SARS-Cov e MERS-Cov relataram o aparecimento de sintomas relacionados ao TEPT, portanto é pertinente que exista um seguimento sobre a saúde mental dos pacientes da COVID-19, visando facilitar um diagnóstico precoce e um tratamento adequado deste transtorno mental (HANNEMANN *et al.*, 2022).

#### **4.2. As perdas e o luto como processo psicológico da pandemia**

Além dos transtornos mentais, existe outro processo psicológico importante que se apresenta frequentemente no contexto da pandemia, que é o luto e perda, gerando vários efeitos na saúde mental da população. O processo psicológico do luto é considerado de adaptação normal da vida de todos os seres humanos, com respostas de estresse previsíveis e culturalmente aceitáveis frente à perda de um ser querido. Esse processo pode ser consciente ou inconsciente nos indivíduos, dividindo-se em quatro fases diferentes que são: a) entorpecimento ou choque; b) anseio e busca da perda; c) desorganização e desespero; d) reorganização (BOWLBY,1985).

O luto vai ser vivenciado de diferentes formas, segundo os recursos psicossociais de cada pessoa, ademais das circunstâncias e o nível de vínculo afetivo que existia com o falecido; esse é um processo psicológico ativo durante o qual a pessoa vai atravessar diferentes momentos em que poderá elaborar sua perda com o passar do tempo. Para Worden (2018), isso

acontecerá por meio de quatro tarefas básicas que a pessoa realizará durante este processo: 1) aceitar a realidade da perda 2) elaborar as emoções e dor da perda 3) ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu 4) reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida.

O luto como todo processo está composto de diferentes momentos que são atravessados pelas pessoas até seu enfrentamento e a continuação da vida sem o falecido. Não é possível estabelecer um tempo fixo de elaboração desse processo, porque dependerá dos recursos psicológicos próprios de cada pessoa. Porém, o primeiro ano desse processo é considerado muito importante, porque significa que a pessoa terá que atravessar outras perdas ao redor de seu luto, como as primeiras vivências ou eventos sem a presença da pessoa falecida, em que sua ausência será muito mais significativa, como em aniversários, datas comemorativas, como natal, entre outras (ARAUJO; GARCÍA; NAVARRO, 2020).

A perda de alguém ou algo com valor significativo para o outro vai se manifestar como uma experiência de dor, lástima, aflição ou ressentimento. Porém, em geral a maioria das pessoas conta com habilidades de resiliência para enfrentar pouco a pouco os sentimentos e emoções negativas da perda de um ser querido sem precisar de apoio profissional, fármacos; sem sofrer um luto patológico ou outro transtorno mental, mas quando as pessoas não são capazes ou os sintomas de dor e angústia são muito elevados, é que se configura o luto patológico (FONTES *et al.*, 2020).

O DSM-V recomenda que os processos de luto sejam tratados com cautela e observados de perto, com critério clínico responsável e baseado na história da pessoa, seu contexto cultural e o contexto da perda, já que podem se apresentar alguns sintomas de depressão frente ao luto, compressíveis pela natureza da situação. Também poderia se tratar de um transtorno mental ou um luto patológico que é nomeado no DSM-V como Transtorno do Luto Complexo Persistente (TLCP) e está dentro dos transtornos relacionados a traumas e estresse; a distinção entre o luto natural e o luto complicado seria como critério diagnóstico sua duração no tempo. Se, após os doze meses, as reações, emoções e pensamentos em torno do luto persistem e interferem na capacidade do indivíduo para retomar atividades cotidianas de sua vida (APA, 2013), é preciso que se tenha mais atenção sobre esse processo.

São vários os fatores de risco que podem influenciar que um processo de luto normal se converta em patológico, como a personalidade, contexto, antecedentes clínicos da pessoa que está atravessando a situação de perda, as circunstâncias em torno da morte do ente querido, repetidas perdas significativas, ou lutos sem resolver; também não ter a oportunidade

de se despedir do falecido, fatores socioeconômicos, ausência de uma rede de apoio, relação ou vínculo afetivo com o falecido, porque quanto mais próximo seja o parentesco, mais difícil será o processo de luto (LACASTA-REVERTE *et al.*, 2020).

É importante levar em conta que nem todos os lutos e perdas são iguais. Cada um tem características diferentes que podem ser de maior ou menor impacto para a pessoa, como o luto antecipatório que é frequente em doenças terminais, onde os pacientes e famílias têm conhecimento prévio do luto que se aproxima. Outro é o luto repentino, que são a maiorias das perdas e podem ser por acidente, doença súbita, homicídio ou outros que representam um acontecimento totalmente supressivo para os familiares ou seres queridos. E o luto ambíguo pode provocar maior ansiedade porque não existem certezas e se dá em casos como quando a pessoa tem morte cerebral ou fica em estado de coma, também quando a pessoa tem uma demência muito avançada ou está desaparecida (DANTAS *et al.*, 2020).

Desde o início da pandemia até meados do 2022, houve quase 15 milhões de óbitos no mundo e mais de 600 mil óbitos no Brasil de pessoas contaminadas com a COVID-19 (WHO, 2022). Muitas dessas mortes foram de pacientes internados com a doença dentro dos hospitais, onde muitas vezes os familiares ficaram longe de seus entes queridos, sem poder se despedir deles. Ademais pela situação sanitária que se vivenciava no momento, os rituais e cerimônias funerárias foram proibidos (DANTAS *et al.*, 2020).

Esses rituais funerários são fundamentais para que a comunidade assimile o momento da morte do ente querido e para a elaboração do luto, oferecendo conforto para lidar com a situação. Também a imposição de caixões lacrados significa um ritual incompleto para os familiares, além do que pelo colapso dos sistemas de saúde, em muitos países da região houve graves problemas com os protocolos, demorando a entrega dos corpos aos familiares. Tal situação piorava o cenário de perda, somada à falta de túmulos nos cemitérios para sepultar os falecidos. Problemas graves que só incrementavam o risco de um luto patológico na população (DANTAS *et al.*, 2020).

São muitas as pessoas que durante a pandemia sofreram a perda de um ente querido, mas, especificamente nos casos dos familiares que perderam alguém durante a internação hospitalar pela COVID-19, tiveram que viver o luto nestas circunstâncias tão tortuosas, com muitos fatores de risco que dificultaram a elaboração do luto e o agravaram. As causas mais relevantes foram não poder se despedir fisicamente, a perda súbita do familiar, a impossibilidade de estar perto no momento da morte, as crenças de que o falecido não recebeu os cuidados suficientes pelos profissionais de saúde, a percepção da solidão que teve o falecido

antes de morrer, a ausência de rituais funerais e apoio de outras pessoas e até não ter acesso aos restos mortais do ser querido. Essas são só algumas das causas que poderiam gerar o luto patológico nessa população, afetando seu estado de saúde mental (ARAUJO; GARCÍA; NAVARRO,2020).

Kübler-Ross (2017), autoria reconhecida internacionalmente por seu trabalho no luto com pacientes de doenças terminais e as famílias, descreve o processo de perda em cinco estágios pelos quais atravessa a pessoa no luto e a importância de compreender cada um destes para lhes respeitar, porque permite maior sensibilidade e cuidado frente a dor da perda para atravessar essa situação: 1) o estado de negação, onde a pessoa não reconhece como real o acontecimento 2) raiva, sentimento contra os demais ou contra si mesmo pelo tipo de vivência 3) negociação, tentar chegar a acordos consigo mesma e com os demais para poder continuar 4) depressão, momento de melancolia e tristeza pela perda e finalmente 5) aceitação, entender e processar a situação para continuar.

Porém, o processo de luto não se refere só à perda humana por morte, o significado também está relacionado a outros tipos de perdas e durante a COVID-19 são inúmeras as perdas simbólicas e significativas que quase toda a população teve de um ou outro fator, algumas perdas mais relevantes que outras, dependendo das características e do contexto do indivíduo. Por exemplo, as perdas do bem-estar psicossocial pelo medo e incerteza diante do cenário, a perda da saúde física pelo contágio da COVID-19 ou pela dificuldade de acessar aos serviços sanitários para tratar outras patologias, a perda do apoio social pelas restrições de distanciamento e isolamento, a perda de rotinas, de liberdades, de fontes de recurso econômico, a perda de entes queridos e muitas outras perdas (FONTES *et al.*, 2020).

Em conclusão, a pandemia tem afetado a saúde mental, direta ou indiretamente, da população mundial. Principalmente, e numa maior escala, a saúde mental dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, que tem maior probabilidade de sofrer transtornos mentais, apresentar luto ou perda patológica pelos fatores de risco que ficam no entorno. Assim, é fundamental contar com ferramentas que ajudem na criação de estratégias de enfrentamento psicológico para garantir o bem-estar dessa população (TANOUE *et al.*, 2020).

## 5 COPING NOS PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 E SEUS FAMILIARES

### 5.1. Estratégias de enfrentamento ou Coping

Milhões de famílias no mundo tiveram algum membro que ficou contaminado pela COVID-19, lidando com toda a dificuldade que esta situação constitui, pior ainda se este familiar teve que ser internado e se faleceu durante a internação. Por isso, é preciso que essa população receba suporte psicológico para minimizar as possíveis sequelas mentais que possam se apresentar, tomando a sério a saúde mental e, assim, trabalhando em benefício desta (MOHAMMADI *et al.*, 2021). Se a saúde mental dessa comunidade é deixada de lado, o risco de desenvolver transtornos mentais é alto, inclusive em pessoas com boa saúde e sem antecedentes clínicos. Por isso, urge estabelecer mecanismos que ajudem, implementando suporte psicológico aos pacientes internados com COVID-19, seus familiares e amigos mais próximos (TANOUE *et al.*, 2020).

Na atualidade, seria interessante propor estratégias de enfrentamento para as pessoas que precisem com maior urgência de suporte psicológico e, assim, garantir melhorias na saúde mental e no desenvolvimento social do entorno destes indivíduos, influenciando direta e indiretamente numa questão de saúde mental coletiva (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Overbo enfrentar quer dizer pôr frente a uma determinada situação ou evento estressante. A palavra estratégia refere-se aos procedimentos planejados para enfrentar aquela situação de estresse, procurando alcançar metas ou objetivos definidos previamente (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

As estratégias de enfrentamento se referem ao processo multidimensional e dinâmico das respostas cognitivas e de conduta do indivíduo para enfrentar situações ou eventos estressantes procurando reduzir, apagar ou se adaptar a esse tipo de situação. O conceito de estratégias de enfrentamento também é conhecido como *coping*. Esse termo apareceu desde começos do século XX, em um primeiro momento era entendido como mecanismo de defesa, mas após várias pesquisas referentes aotema, o *coping* enfatizou-se no processo de ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas entre a pessoa e o ambiente (FOLKMAN, 1984).

O *coping* é implementado segundo a valoração primária sobre o momento ou a situação estressora, ameaçante, desafiante ou daninha, e pela valoração secundária sobre as

características da pessoa, saber se o indivíduo conta ou não com os recursos para enfrentar o momento e se adaptar (WEISZ; MCCABE; DENNIG MD, 1994). Os modelos das estratégias de enfrentamento são o *coping* focalizado no problema que atua sobre a situação originária do estresse, tentando alterar ou mudar o problema, que pode ser interno ou externo, em situações avaliadas como modificáveis. O *coping* focalizado na emoção tem como objetivo regular o estado emocional e reduzir a sensação física e mental desagradável do estresse no indivíduo, e tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (FOLKMAN; LAZARUS, 1985).

O *coping* focalizado na emoção e o *coping* focalizado no problema têm a mesma importância e podem se trabalhar simultaneamente ou separado, segundo a demanda do tipo de estresse de cada pessoa e seu desenvolvimento. Também, o *coping* adaptativo se refere às ações saudáveis e eficazes para o indivíduo, como por exemplo fazer exercício físico. Já o *coping* mal adaptativo se dá com ações que causam prejuízo para si mesmo, por exemplo, beber álcool. Ainda assim o *coping* se refere a qualquer tentativa de ação sobre o estressor, seja ou não adaptativa e tenha ou não sucesso no resultado (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Na atualidade, existe a necessidade de trabalhar o *coping* com a população global que tem vivenciado um evento estressor importante como a pandemia e todos os efeitos colaterais, que tem alterado significativamente a vida das pessoas em termos de bem-estar, gerando diversos desafios sociais considerados ameaçadores. As estratégias de enfrentamento após esse evento são um fator chave na sociedade para cuidar e resguardar a saúde física e mental (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

Entretanto, existem comunidades mais vulneráveis do que outras, que após a pandemia precisam com maior prioridade das estratégias de enfrentamento, devido às consequências terem sido vivenciadas em níveis mais estressantes e daninhos do que para o resto da população. Com as estratégias de enfrentamento, pretende-se preservar a saúde mental de quem mais esteve afetado com o evento da pandemia. Nesse caso, uma das prioridades é trabalhar o *coping* com os pacientes internados por COVID-19 e seus familiares (SRITHARANJ.; SRITHARANA., 2020).

## **5.2. *Coping* nos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares**

Com a pandemia, o conceito de *coping* nos últimos anos vem ganhando relevância no mundo. Por meio deste, a população tem ferramentas individuais que as ajudam a lidar, lutar



e se adaptar às alterações na cotidianidade de sua vida. Algumas têm sido mais intensas e afetado a vida de todos de alguma forma, mas, no caso dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, sua saúde esteve em risco e tiveram afetação direta, que causaram momentos e situações de estresse intenso. Assim, o conceito do *coping* tem se tornado fundamental na pandemia e nos efeitos colaterais que esta tem deixado ((TANOUE *et al.*, 2020).

A aparição das doenças graves na vida das pessoas tem reflexo na relação do indivíduo e sua família com a doença, porém o *coping* mostra-se como uma ferramenta significativa nas questões de saúde, o que pode ajudar na adaptação da doença crônica, além de impactar positivamente sobre a qualidade de vida dos doentes e familiares. O acompanhamento familiar nos pacientes com doenças crônicas é relevante para o doente, porque gera uma percepção de segurança, redução do mal-estar e resistência à doença; também é de igual importância para os familiares que procuram aproveitar o tempo com o ente querido, sentir segurança do estado de saúde dele e mais ainda acompanhar os últimos momentos de vida em caso de falecimento (RIDDER; SCHREURS, 1997).

Porém, o contexto da pandemia modificou esse cenário e, como dito anteriormente, não permitiu que os familiares ficassem perto dos pacientes, o que ocasionou pacientes com a falta de apoio físico dos familiares e sentimentos de solidão para enfrentar a doença. Também foi prejudicial para os familiares não poder acompanhar os entes queridos, gerando sobrecarga física e emocional e sobretudo dor e culpa, no caso de o familiar ter morrido sem companhia (RIDDER; SCHREURS, 1997).

Enfim, o enfrentamento ou *coping* nodiagnóstico de qualquer doença crônica ou grave tem mostrado repercussão positiva, principalmente no caso dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, porque a internação hospitalar evidenciava a gravidade da doença e a população não contava com o acompanhamento entre os pacientes e seus familiares, pelas restrições do contexto da pandemia, procedimento comum durante o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas. Assim, o *coping* torna-se ainda mais significativo para melhorar as condições de saúde dessas pessoas que se viram afetadas por aquela situação e as sequelas em torno dela (HART *et al.*, 2020).

São inúmeras as estratégias de enfrentamento que existem e podem ser aplicadas para reduzir os efeitos negativos na saúde mental dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares. Tais estratégias dependeram dos moderadores do *coping*, que são os recursos pessoais e socioambientais de cada pessoa. Entre os recursos pessoais estão as características

dos indivíduos, a personalidade, o nível de desenvolvimento, suas crenças e experiências prévias, entre outras. Já os recursos socioambientais são o contexto do evento, o suporte social, as influências familiares, e outros aspectos; também as estratégias dependem do nível de estresse gerado pela situação e a interação existente entre todos esses moderadores (WEISZ; MCCABE; DENNIG, 1994).

Assim, as estratégias de enfrentamento podem ser mais funcionais em algumas pessoas do que em outras. Entre estas, existem estratégias de autocuidado, apoio social, apoio na religião, negação do evento, uso de álcool e drogas, entre outras atitudes que poderiam ser ou não adaptativas para a vida destes indivíduos. O objetivo do *coping* é enfrentar situações de estresse e não prejudicar ou vulnerabilizar mais a situação estressora já existente (RIDDER; SCHREURS, 1997).

Porém, considerando a valoração primária do *coping* sobre o momento ou situação estressora dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, e focalizando as estratégias de enfrentamento nas emoções dessa população, diante do evento que já foi vivenciado inevitavelmente por eles (FOLKMAN; LAZARUS, 1985), poderiam ser mais pertinentes ações como autocuidado baseadas nos recursos pessoais e uma rede de apoio social baseadas nos recursos socioambientais, para justamente dessa forma alcançar maior funcionalidade do *coping* nessa população (WEISZ; MCCABE; DENNIG MD, 1994).

É fundamental também ter em consideração que os pacientes internados com COVID-19 na maioria dos casos ficaram hospitalizados por longo tempo, sem contato físico com seus familiares, com o diagnóstico de uma doença nova e pouco conhecida, alguns deles inclusive internados nas UTIs. Nesses casos, são muito importantes as estratégias de enfrentamento baseadas no autocuidado, que reduzem as possíveis sequelas ou impacto psicológico que essa situação pode ter deixado (HART *et al.*, 2020).

As estratégias de autocuidado referem-se a uma contribuição constante do indivíduo a sua própria existência. O autocuidado é o conjunto de condutas dirigidas à pessoa sobre si mesma para regular os fatores internos ou externos que afetam seu próprio desenvolvimento e funcionamento em benefício de sua vida; consiste na prática de atividades por parte da pessoa para manter o equilíbrio interno em seu entorno, o autocuidado quer dizer o enfrentamento na relação do indivíduo consigo mesmo (OREM, 1985).

O autocuidado é uma responsabilidade que tem cada indivíduo para a conservação e cuidado de sua própria saúde, bem-estar e vida. Ademais o *coping* do autocuidado são as

ações calculadas e intencionadas para o benefício da pessoa, mas também tem a ver com as limitações das ações que não beneficiamo indivíduo. As atividades de autocuidado são aprendidas segundo as crenças, cultura, hábitos e costumes da pessoa e algumas das causas que podem afetar a capacidade que tem o indivíduo para realizar estratégias de autocuidado poderiam ser a idade e o estado de saúde, que muitas vezes está relacionado à falta de motivação (BARBOSA; FASSARELLA; SOUZA, 2020).

A teoria do déficit do autocuidado refere-se quando as ações do indivíduo não são operativas ou adequadas ou quando ele é incapaz de cumprir suas estratégias seja por alguma incapacidade física, psicológica ou ambas e nessas situações uma terceira pessoa executa esse suporte de cuidados.No caso dos pacientes com COVID-19, principalmente os que foram internados nas UTIs, os trabalhadores da saúde foram os encarregados de prestar esse suporte aos pacientes naquele momento. Por esse motivo, as redes de apoio social também cumprem um rol fundamental como estratégia de enfrentamentopara os pacientes (OREM, 1985).

E quanto aos familiares dos pacientes internados com COVID-19, também é fundamental o *coping* para preservar a saúde mental e reduzir o impacto psicológico neles, porque esta população além de viver uma situação de alto nível de estresse com a hospitalização do ser querido e se preocupar pelo estado de saúde desta pessoa, também teve que lidar com os próprios sentimentos negativos, tentando cuidar de sua própria saúde. Além disso, muitas destas pessoas perderam um ser querido. Por isso são importantes as estratégias baseadas principalmente na rede de apoio social deles, que se referem aos recursos existentes em torno das suas relações sociais para ajudar a enfrentar o acontecimento (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

O suporte social pode ser entendido como o processo de interação entre pessoas ou grupos a partir de um vínculo. Estas relações sociais podem ser redes de apoio formais, que são as instituições ou centros comunitários de prestação de serviços de ajuda e as redes de apoio informais, que são as relações sociais com amigos, família, vizinhos, entre outros grupos próximos à pessoa. Este tipo de suporte é um importante aliado para os familiares de pacientes com doenças graves e/ou que perderam um ser querido, pois as relações sociais parecem estar associadas com a redução de riscos (DUNS; TRIVETTE, 1990).

Os altos níveis de estresse que atravessam os familiares nesse contexto podem conduzir à escolha de estratégias de enfrentamentopouco saudáveis, gerando insegurança, com maior risco de obter resultados negativos em momentos de alta vulnerabilidade. Isso pode afetar a estrutura do sistema de famílias completas. Por essa razão, a rede de apoio social durante

momentos adversos tem um efeito mediador na proteção da saúde, tanto em nível físico quanto mental para a população em questão (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

Por todas as questões mencionadas anteriormente, esse tipo de estratégia de enfrentamentobaseada no autocuidado e na rede de apoio social são apresentadas para os pacientes internados com COVID-19 e seus familiares. No caso em que estas estratégias já tenham sido adotadas por essa população, são reforçadas para que continuem sendo utilizadas por eles, porque são consideradas funcionais, úteis e adaptativas para sua vida e para as circunstâncias estressoras e adversas que essa comunidade atravessou durante a pandemia (HART *et al.*, 2020).

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo Geral**

- Compreender processos psicológicos dos pacientes internados com COVID-19, no Hospital Universitário Walter Cantídio, e de seus familiares, no período de março a junho de 2021.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer os principais desafios vivenciados pelos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares durante a hospitalização.
- Identificar as sequelas psicológicas e o processo de perda e luto que vivenciaram os pacientes internados com COVID-19 e seus familiares.
- Apresentar estratégias de enfrentamento psicológico desenvolvidas pelos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1. Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que se justifica no objeto de estudo, que é a compreensão dos processos psicológicos dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares. Esses processos implicam em emoções, pensamentos e comportamentos que pressupõem uma análise no campo dos sentidos e significados (MINAYO, 2013). A presente pesquisa trabalhou especificamente sobre as memórias e vivências passadas e presentes dessa população de estudo, que tem forte carga afetiva. Além disso, o estudo foi exploratório, porque explorou os dados para fornecer informações precisas à investigação transversal porque foi realizado num tempo e sobre uma população predefinida (RAMIREZ, 2010).

Na metodologia, aplicaram-se diversas estratégias com o propósito de criar ambientes favoráveis para a realização da investigação, procurando uma adesão significativa dos participantes da pesquisa. Esse estudo utilizou a pesquisa de campo, na perspectiva da pesquisa qualitativa, ao recorte espacial correspondente ao objeto de investigação (MINAYO, 2013).

Para esse estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas como técnica de coleta de dados. As entrevistas são consideradas conversas ou falas com uma finalidade específica e uma combinação de perguntas fechadas e abertas para que o entrevistado tenha a possibilidade de desenvolver sua resposta sobre o tema em questão. Na entrevista semiestruturada, o entrevistador aborda o tema baseado em um roteiro de entrevista, mas com flexibilidade, dependendo do direcionamento da conversa com o entrevistado (MINAYO, 2013).

A coleta dos relatos dos participantes foi interpretada por análise de conteúdo (BARDIN, 2016), instrumento metodológico aplicável a conteúdos diversificados e seguindo as três etapas do método: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, que permitiram compreender os processos psicológicos dos sujeitos de estudo, conhecer os principais desafios e identificar as sequelas psicológicas pela experiência e proximidade com a COVID-19, além das estratégias de enfrentamento psicológico para as necessidades de saúde mental desta população. O uso desses procedimentos contribuiu para o alcance do objetivo da pesquisa, nesse caso a compreensão dos processos psicológicos dos pacientes que estiveram internados com COVID-19 e seus familiares no Hospital Universitário

Walter Cantídio, no período março-junho de 2021, que correspondeu à segunda onda de covid-19 no Ceará-Brasil.

## 6.2. Contexto, local e período do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, no setor hospitalar UTI-COVID-19 do Hospital Universitário Walter Cantídio, vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), no Campus Porangabussu.

**Figura 1 - Mapa do Brasil localizando o Estado de Ceará**



Fonte: [adece.ce.gov.br/index.php/investimento](http://adece.ce.gov.br/index.php/investimento), (2023).

**Figura 2 - Hospital Universitario Walter Cantidio do Porangabuçu**



Fonte: Unidade de Comunicação Social/HUWC, (2022).

O Hospital Universitário Walter Cantídio, da UFC, faz parte da Rede Hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011 e, atualmente, responsável pela administração de quarenta hospitais universitários federais, os quais têm características específicas como atender pacientes do SUS e, principalmente, apoiar a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de pesquisas.

Essa unidade de saúde é considerada um hospital-escola, para formação de profissionais de saúde e, como hospital de ensino, o HUWC teve que se reinventar em vários aspectos para enfrentar a pandemia. Uma dessas adaptações foi a criação de áreas hospitalares exclusivas para pacientes com COVID-19, como o “ambulatório COVID-19” e a “UTI-COVID-19” (MINISTERIO DE EDUCAÇÃO, 2021). A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2022, após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, por meio da Plataforma Brasil.

### **6.3. Critérios, desafios e procedimentos para seleção dos participantes do estudo**

Para inclusão no presente estudo, os participantes tiveram que atender aos seguintes critérios: maiores de 18 anos; familiares ou pacientes internados com COVID-19 no Hospital Universitário Walter Cantídio, no período de março a junho de 2021, na cidade de Fortaleza - Ceará. Como critérios de exclusão foram estabelecidos familiares que não acompanharam o processo de internação dos pacientes com COVID-19 e pacientes que haviam falecido.

A planilha de *Excel* com os contatos telefônicos dos pacientes e familiares com COVID-19 internados no período de março-junho 2021 foi providenciada pela Unidade de Gestão de Informação Assistencial do HUWC, no dia 15 de agosto do 2022. Neste mesmo dia, deu-se início ao processo de coleta de dados, com realização das primeiras ligações para contatar os participantes. Na planilha constava um total de cem (100) nomes entre pacientes e familiares, mas dezoito (18) não tinham nenhum número de contato telefônico, outros doze (12) contatos estavam com número telefônico incompleto ou incorreto, o que diminuiu a base de dados à setenta (70) contatos, dos quais dezessete (17) não atenderam o telefone e 15 quinze (15) não aceitaram participar na pesquisa. Finalmente, foram trinta e duas (32) pessoas as que participaram desta pesquisa até a saturação de dados.



**TABELA 1- Informações da planilha de contatos dos sujeitos da pesquisa**

<b>CONTATOS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA</b>	<b>TOTAL</b>
Não tinham nenhum número de contato telefônico	19
Número de contato estava incorreto ou incompleto	13
Não atenderam as ligações ou mensagens de texto	20
Não quiseram participar da pesquisa	16
Aceitaram participar da pesquisa	32
Total de participantes	100

Fonte: Unidade de Gestão de Informação Assistencial do HUWC, (2022).

Os participantes da pesquisa foram trinta e duas (32) pessoas adultas e voluntárias, dos quais dezesseis (16) pessoas foram pacientes que estiveram internados com COVID-19, e as outras dezesseis (16) familiares dos pacientes que acompanharam seus processos de internação no Hospital Universitário Walter Cantídio com COVID-19, no período de março a junho de 2021, na cidade de Fortaleza –Ceará.

A coleta de dados foi interrompida quando se verificou que não foi mais possível encontrar novos elementos no campo de pesquisa para aprofundar a análise e teorização nas respostas dos participantes (FONTANELLA *et al.*, 2011).

#### **6.4. Métodos e procedimentos da construção das informações**

O contato inicial com os participantes da pesquisa foi via telefone para explicar sobre a investigação e seus objetivos e convidá-los a participar do estudo. Para as pessoas que aceitaram verbalmente participar da pesquisa, por meio da ligação telefônica, foi enviado via *e-mail* ou *WhatsApp*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o comunicado SEI/MS –0015188696 (MINISTERIO DE SAÚDE, 2020) na modalidade de Registros dos Consentimentos dos participantes na coleta de dados por meio virtual, garantindo o envio da via assinada ao participante de pesquisa e destacando a importância de que este guarde em seus arquivos ou imprima a via do documento, formalizando a participação.

Com prévio agendamento, segundo a preferência e disponibilidade de cada participante, foram realizadas reuniões de modo *online* pelo aplicativo (WhatsApp). No primeiro momento foi aplicado um questionário sociodemográfico por meio da ferramenta Google Forms, que incluiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para registrar anuência virtual, seguido de perguntas sobre o contexto social dos participantes, incluindo perguntas do Questionário Padronizado da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP 2021) acerca dos Critérios de Classificação Econômica do Brasil, para definição do perfil e contexto dos participantes, por se considerar que essas características podem ter relação com suas repostas no momento da entrevista (BOURDIEU, 2011), o que deveria ser analisado na sequência.

Em seguida, deu-se início à entrevista semiestruturada. O roteiro da entrevista semiestruturada foi construído a partir da revisão de literatura usando modelos de saúde coletiva e psicologia para o referencial teórico e da definição dos objetivos. O uso desse instrumento contribuiu para a compreensão dos processos psicológicos dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, que foram entrevistados sobre informações dos principais processos, desafios e sequelas psicológicas que vivenciaram no tempo de internação, além das estratégias de enfrentamento que desenvolveram durante esse período.

Todas as entrevistas foram gravadas pela entrevistadora, que adotou uma postura imparcial para não induzir as respostas dos participantes e garantir informações fidedignas no processo de transcrição e análise.

### **6.5. Análise, organização e apresentação das informações**

Uma vez realizadas as entrevistas com os familiares e os pacientes com COVID-19, que foram internados no hospital, foram feitas as transcrições e, na sequência, análise de dados qualitativos, com base na literatura vigente, procurando identificar elementos fundamentais do fenômeno estudado. Utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2016), com sua técnica de análise temática, seguindo características como a objetividade, sistematização e inferência.

A análise de conteúdo possibilita a descoberta das relações existentes no conteúdo do discurso e os aspectos externos aprofundando a leitura. Durante a pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante do material, para organizar o conteúdo e escolher os dados a serem examinados, construindo o *corpus* de pesquisa. Na etapa seguinte, da exploração do material, foi feita a codificação das palavras relevantes para o estudo e a categorização relacionada às

entrevistas e conceitos do referencial teórico, finalmente, foi realizada a análise das informações coletadas culminando nas interpretações inferenciais com análises reflexiva e crítica (BARDIN, 2016). Para a análise de dados também foi importante a literatura vigente, visando identificar elementos fundamentais do fenômeno estudado e chegar a descobertas significativas sobre o princípio de teorização e generalização analítica ou teórica dos dados (EAKIN; GLADSTONE, 2020).

Na organização do conteúdo coletado, optou-se pelo uso do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). A ferramenta foi utilizada para identificar as falas relacionadas ao contexto, com qualidade na organização dos dados. Essa tecnologia auxiliou na interpretação textual, permitindo a classificação da informação obtida. Também contribuiu para uma análise mais objetiva e de qualidade nas interpretações dos dados, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) em que se pode classificar o texto em categorias (CARVALHO; MOTA; SAAB, 2020).

### **7.6 Considerações éticas**

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio. Foi aprovada por ambos comitês, CEP/UFC com número de parecer 5.380.180e CEP/HUWC/UFC com número de parecer 5.436.438, no dia 1 e 29 de maio de 2022, respectivamente.

Foram respeitados os aspectos exigidos da pesquisa com seres humanos, previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nº 466/12 e de nº 510/2016, de modo que os participantes foram convidados a consentir sua participação voluntária na pesquisa após a leitura, compreensão e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, também, respeitou-se a Carta Circular nº2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que orienta os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

A pesquisa está livre de conflito de interesses particular ou institucional. O pesquisador se comprometeu a publicar o estudo, independentemente dos resultados obtidos. Os benefícios esperados com essa pesquisa foram a compreensão dos processos psicológicos dos pacientes internados com COVID- 19 e seus familiares, além do conhecimento dos desafios dessa experiência, identificação das sequelas psicológicas dessa vivência e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por essa população

Além disso, considera-se que a presente pesquisa tem potencial para contribuir e motivar o reconhecimento, cuidado e atenção à saúde mental frente a possíveis cenários futuros de graves problemas de saúde pública, para que não se deixe isolado um aspecto tão relevante, como os processos psicológicos dos indivíduos envolvidos diretamente com a questão, tal como aconteceu na pandemia de COVID-19, evitando que se repita em outras epidemias/pandemias que possam se apresentar. Por fim, espera-se responder a demandas psicossociais atuais em um contexto de saúde pública.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1. Perfil sociodemográfico dos participantes

#### 8.1.1 Perfil correspondente aos pacientes

O presente estudo contou com 32 (trinta e dois) participantes, igualmente distribuídos entre pacientes e familiares. Em relação ao perfil sociodemográfico, dos dezesseis sujeitos correspondente a pacientes, o intervalo de idade foi entre 35-69 anos, conformados por oito mulheres e oito homens dos quais 50% ficaram hospitalizados entre 15-20 dias, 25% entre 21-30 e 25% entre 31-40 dias; quanto à cidade de residência 87,4% residem em Fortaleza, 6,3% em Caucaia e 6,3% em Pacatuba. Em relação à raça/cor/etnia, 43,8% autodeclarou-se negra, 37,5% parda e 18,8% branca; quanto ao estado civil, 50% eram casados, 25% solteiros, 12,5% união estável e 12,5% viúvos; quanto à religião, 75% eram católicos, 18,8% evangélicos, 6,3% espíritas; 93,9% dos participantes têm filhos e 62,5% possui alguma doença crônica sendo a mais comum diabetes, com 18,8%, e a hipertensão com 12,5%; quanto à assistência à saúde, 92,9% utiliza o SUS e 64,3% recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia.

**TABELA 2- Dados sociodemográficos dos pacientes**

VARIÁVEIS	Nº DE PARTICIPANTES	PORCENTAGEM (%)
<b>Sexo</b>		
masculino	8	50%
feminino	8	50%
<b>Religião</b>		
católica	12	75%
evangélica	3	18,8%
espírita	1	6,3%
<b>Doença crônica</b>		
sim	10	62,5%
não	6	37,5%
<b>Utiliza o SUS</b>		
sim	15	92,9%
não	1	7,1%
<b>Auxílio do governo pandemia</b>		
sim	10	64,3%
não	6	35,7%

**Fonte:** Pesquisa Direta, (2022).

De acordo com as respostas dos pacientes às perguntas constantes no Questionário Padronizado da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) sobre critérios do contexto econômico, a maior porcentagem dos participantes pertence à população de classe C1 e C2 em renda (ABEP, 2021).

**TABELA 3- Dados do questionário ABEP dos pacientes**

VARIAVEIS	Nº DE PARTICIPANTES	PORENTAGEM (%)
<b>Renda mensal</b>		
até \$1908	9	56,3%
até \$2862	4	25%
até \$5724	3	18,8%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Analfabeto/ fundamental I incompleto.	2	12,5%
Fundamental II iincompleto	7	43,8%
Medio incompleto	3	18,8%
Superior incompleto	2	12,5%
Superior completo	2	12,5%
<b>Serviço De Agua</b>		
Rede Geral	10	62,5%
Poço ou nascente	6	37,5%
<b>Urbanização</b>		
asfaltada	13	81,3%
terra	3	18,8%
<b>Automoveis</b>		
Não possui	14	87,5%
1	2	12,5%
<b>Motocicleta</b>		
Não possui	13	81,3%
1	3	18,8%
<b>Computadores</b>		
Não possui	10	62,5%
1	6	37,5%
<b>Maquinas de lavar</b>		
Não possui	10	62,5%
1	6	37,5%
<b>Banheiros</b>		
1	10	62,5%
2	5	31,3%
3	1	6,2%

Fonte: Pesquisa Direta ABEP (2022).

### 8.1.2 Perfil correspondente aos familiares

Em relação ao perfil sociodemográfico dos dezesseis (16) sujeitos correspondentes a familiares, o intervalo de idade foi entre 18-60 anos, conformados por treze (13) mulheres e três (3) homens, que tem o seguinte grau de parentesco com os pacientes internados com COVID-19: 56,3% filhas ou filhos, 31,2% irmã e 12,5% esposos e esposas; quanto à cidade de residência, 93,7% residem em Fortaleza (CE) e 6,3% em Pacatuba (CE); em relação a raça/ cor /etnia, autodeclararam-se 50% parda, 31,3% branca e 18,8% negra; quanto ao estado civil 62,7% casados, 31,3% solteiros e 6,3% união estável; quanto à religião, 62,5% católica, 18,8% evangélica, 12,5% não se identificam com nenhuma religião e 6,3% espírita; 62,6% dos participantes têm filhos e 50% possui alguma doença crônica, sendo as mais comuns a hipertensão com 25%, seguida do diabetes com 12,5%; quanto à assistência de saúde, 68,8% utiliza o SUS e 56,3% recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia.

**TABELA 4 - Dados sociodemográficos dos familiares**

VARIAVEIS	Nº DE PARTICIPANTES	PORCENTAGEM (%)
<b>Sexo</b>		
masculino	13	81,25%
feminino	3	18,75%
<b>Parentesco</b>		
Filho/Filha	9	56,3%
Irmã	5	31,2%
Esposo/Esposa	2	12,5%
<b>Religião</b>		
católica	10	62,5%
evangélica	4	18,8%
espírita	2	12,5%
<b>Doença crônica</b>		
sim	8	50%
não	8	50%
<b>Utiliza o SUS</b>		
sim	11	68,8%
não	5	31,2%
<b>Auxílio do governo pandemia</b>		
sim	9	56,3%
não	7	43,7%

**Fonte:** Pesquisa Direta, (2022).

De acordo com as respostas dos familiares as perguntas tomadas do Questionário Padronizado da ABEP sobre critérios do contexto econômico, a maior porcentagem dos participantes familiares pertence à população de classe C1 e C2 em renda (ABEP2021).

**TABELA 5 – Dados do questionário ABEP dos familiares**

VARIAVEIS	Nº DE PARTICIPANTES	PORCENTAGEM (%)
<b>Renda mensal</b>		
até \$1908	10	68,5%
até \$2862	2	12,5%
até \$5724	2	12,5%
ATÉ \$9540	1	3,1%
ATÉ \$14310	1	3,1%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Analfabeto/ fundamental I incompleto.	0	0%
Fundamental II incompleto	3	18,8%
Medio incompleto	0	0%
Superior incompleto	7	43,8%
Superior completo	6	37,5%
<b>Serviço De Agua</b>		
Rede Geral	11	68,8%
Poço ou nascente	4	25%
Outro	1	6,2%
<b>Urbanização</b>		
asfaltada	15	93,8%
terra	1	6,2%
<b>Automoveis</b>		
Não possui	13	80%
1	3	20%
<b>Motocicleta</b>		
Não possui	14	86,7%
1	2	13,3%
<b>Computadores</b>		
Não possui	10	62,5%
1	4	25%
2	2	12,5
<b>Maquinas de lavar</b>		
Não possui	5	31,3%
1	11	68,7%
<b>Banheiros</b>		
1	9	56,3%
2	6	37,5%
3	1	6,2%



**Fonte:** Pesquisa Direta ABEP (2022).

Com esses dados, pode-se compreender o contexto social e econômico dos participantes da pesquisa, o que também influenciou nos processos psicológicos durante a experiência de internação por COVID-19.

## **8 PACIENTES: DESAFIOS E EXPERIÊNCIAS VIVENCIADOS**

A partir das leituras das transcrições das entrevistas, emergiram categorias (códigos) e subcategorias (subcódigos) que foram organizados em um quadro com o auxílio do MAXqda para análise e discussão sobre a saúde mental, frente a um problema de saúde pública como foi a COVID-19, com a compreensão dos processos psicológicos além do conhecimento e identificação dos desafios e sequelas psicológicas dessa vivência, mas também com as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por essa população, conforme pode ser observado nos resultados a seguir, distribuídos em categorias.

### **8.1. Pacientes: desafios e experiências vivenciadas durante a hospitalização**

Os pacientes COVID-19 que ficaram internados no HUWC durante o ano 2021, além dos sintomas físicos da doença, experimentaram vários desafios no tempo de hospitalização relacionados a fatores psicológicos, sociais e econômicos; outro desafio foi a qualidade das comunicações por meios digitais com os profissionais de saúde e deles com os familiares enquanto ficaram internados e a assistência na atenção à saúde mental no tempo da internação. Estas são consideradas situações de estresse advindas do sofrimento, que podem originar sequelas importantes na saúde mental (GONZALEZ-RODRIGUEZ; LABAD, 2020).

As mudanças e complicações nessas pessoas não foram apenas físicas, mas também psicológicas, pois nesse período ainda muitos fatos sobre a doença eram desconhecidos o que tornou mais complexa a situação, tendo em vista que a incerteza pode desencadear distúrbios físicos e psicológicos e seu impacto pode ser permanente, gerando um efeito de insegurança nas pessoas pela pouca informação sobre a doença (NASCIMENTO; CORNACCIONE JR; CARVALHO, 2021).

O desconhecimento de uma vivência faz com que a situação fique agravada por que as pessoas não sentem ter o controle sobre a situação e não sabem como reagir ou o que fazer frente ao problema (HERNANDEZ, 2020) e, nesta população, os pacientes manifestaram ter experimentado muita incerteza, o que provocou pensamentos, sentimentos e emoções pessimistas como preocupação, medo e solidão. Entre as principais preocupações encontrou-se no presente estudo o medo da doença, também do futuro deles no hospital de ficar longe da família durante a internação.

Eu senti muito medo, muito mesmo, aquele medo assim, não de que todo mundo morre, mas eu achasse de que eu ia ficar com sequelas, que muitas pessoas ficam. (Paciente 1).

Eu fiquei muito preocupada, porque não podia respirar e de não saber quando voltaria pra casa. (Paciente 7).

Eu fiquei com muito medo e também fiquei muito surpresa, eu tinha solidão de ficar sozinho sem saber o que ia acontecer comigo, o mais difícil foi não estar perto de minha família e não saber se ia sair desta doença. (Paciente 10).

Outra das grandes dificuldades dessa situação foi o desespero que experimentaram os pacientes que além de serem internados no hospital, tiveram que ingressar nas UTIs, alguns serem intubados, pois este fator gerou em pacientes pânico e medo de morrer, podendo causar sequelas psicológicas graves como alguns transtornos psicológicos a curto prazo; este pânico também tem a ver com a falta de garantias nos serviços de saúde como o colapso nas UTIs dentro das instituições hospitalares. Sabe-se que as sequelas físicas e psicológicas são mais evidentes em pacientes que são internados na UTI (CASTRO; NASCIMENTO; PALLADINI, 2021). Sem dúvida, no caso em questão, a situação de hospitalização foi muito mais difícil para os pacientes do HUWC que foram internados na UTI, o que pode ser percebido nos relatos quanto ao medo da morte e da angústia vivenciada no momento da intubação.

Eu pensei que iria ser entubada e morrer, morri foi de medo, porque eu fiquei esperando uma vaga para UTI e meu quadro teve dias que se agravou, porque deu trombo. Então fiquei numa sala antes da UTI esperando essa vaga, aí morri foi de pânico (Paciente 3).

Eu cheguei a ir, acho que no mesmo dia eu fui para UTI. Estava dando sentimento, então, assim porque eu estava naquela sala onde todo mundo estava intubado e eu ficava com muito medo do que ia acontecer comigo (Paciente 8)

Eu tava praticamente inconsciente, já com problema de respiração bem grave, uma amiga próxima me levou lá, eu fui primeiro na UPA. Quando falaram que era para ser intubado eu já pensei que ia morrer, depois fui transferido para o HWC e ingressei diretamente na UTI (Paciente 15).

Na internação no hospital universitário, alguns pacientes usaram o equipamento ELMO, que consiste num capacete de respiração assistida para evitar o ingresso na UTI e que foi criado por cientistas da UFC para ser utilizado na recuperação dos portadores de insuficiência respiratória aguda (SANTOS TOMAZ *et al.*, 2022), que é um dos maiores e mais graves sintomas da COVID-19. Observou-se que 60% dos internos com essa doença apresentavam sintomatologia, com necessidade de internação em leitos de UTI, e isso ocasionou alta demanda e falta de vagas no setor. Assim, o capacete ELMO foi uma excelente alternativa para a recuperação desses pacientes. Embora seja um recurso pouco invasivo, tendo como referência muitos dos procedimentos realizados na UTI, o impacto psicológico nos usuários é desconhecido, considerando que é um artefato novo, com pouco tempo de experimentação e que tende a despertar incertezas e medo nos usuários.

Quando eu fui para a UTI querendo ou não já mexe mais com você e eu fui com Elmo, mas também estava achando que eu poderia morrer, eu não entendia o que era esse capacete. (Paciente 16).

Eu agradeço ter ficado com o ELMO, mas no começo tinha uma sensação de sufoco até me acostumar com o aparelho, foi bem ruim, ficava muito preocupada. (Paciente 12).

Uma das grandes dificuldades ocorridas no tempo da internação dos pacientes foi quando outros membros da família também estavam contaminados no momento da internação, o que gerou muita preocupação no paciente internado quanto ao estado de saúde destes e a impotência de não poder fazer nada no momento, ainda mais que não houve uma organização do serviço para internar membros da mesma família numa mesma unidade hospitalar. Na pandemia persistia o sentimento de vulnerabilidade e angústia nas famílias, produzida pela doença ou morte de algum ser querido.

A falta de bem-estar familiar é considerada um fator estressor para os membros de uma mesma família, o que pode causar afetação psicológica grave como síndrome de estresse pós-traumático, transtornos depressivos ou ansiosos, insônia entre outros (CASTRO; NASCIMENTO; PALLADINI, 2021). É evidente que os pacientes com outros familiares contaminados mostraram maior angústia e preocupação que os outros, além da sensação de impotência por não poder ajudar a sua família.

Fiquei muito angustiada com medo né, porque foi no momento que tinha muita morte e minha família foi assim, eu peguei, a minha cunhada pegou e também pegou meu

sogro. Aquela coisa, eu já estava sabe, muito triste e com muito medo por eles (Paciente 4).

Bom, o mais difícil foi que nós saímos juntos para fazer a consulta e eu fiquei num hospital e meu esposo ficou em outro e meu filho em outro, A gente não podia fazer nada mesmo, foi muito desesperador todos nós doentes (Paciente 6.)

Eu fiquei até sedada e eu não melhorava, porque não parava de pensar neles e como eles estavam, tinha medo do estado deles. (Paciente 14).

O meu medo só era esse de não poder ajudar minha família ou qualquer pessoa muito ligada à minha família. Eu fiquei nesse medo, nesse pânico de não poder fazer nada pela saúde deles. (Paciente13).

Também houve a situação da crise econômica e os problemas sociais, que foram outros gatilhos que afetaram psicologicamente essa população, como o desemprego junto com a falta de sustentabilidade econômica dos familiares, a inflação nos preços que comprometeu a segurança financeira dos indivíduos e suas famílias, questões que também repercutiram no aumento dos níveis de pobreza, derivando em outros problemas sociais como a insegurança alimentar, insegurança de saúde, problemas conjugais e outros. Estudos apontam que a presença de problemas econômicos são um fator que afeta fortemente e causa muita angústia no núcleo familiar, às vezes até gerando a destruição dos vínculos, se não for manejado de forma correta (LONDOÑO; MILHORANCE, 2021). Os pacientes que atravessaram crises econômicas nesse tempo mostraram muito estresse, que deriva em outros problemas associados ao núcleo familiar e a sua saúde mental. É importante levar em consideração que a maioria dos entrevistados declararam ter renda mensal baixa, o que representa que a maioria deles experimentou problemas econômicos, alguns em maior nível que outros.

Muito ruim, pior ainda com a separação recente de minha mulher também pelos problemas econômicos, eu preciso muito de apoio porque eu estou mal então o fator psicológico é ruim mesmo (Paciente 2).

A questão financeira ficou ruim, no começo mexeu muito, mas eu tentei passar um tempo em casa para ajudar economicamente, mas chegou uma hora que eu não conseguia mais ficar em casa não, não conseguia mais nem andar aí eu tive que ser internado (Paciente 8).

Eu tinha muito desespero, foi ruim, muito ruim porque eu não me sentia bem não, não me sentia estável não, era ruim porque na época eu fiquei desempregado e eu me sinto ruim, eu não tenho apoio do governo nem nada, eu às vezes nem almoço, até choro porque é muito ruim mesmo, não tenho nada (Paciente 15).

Alguns dos pacientes entrevistados relataram que antes de serem internados no HUWC foram atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) de seus bairros, mas o

que chamou a atenção é que muitos coincidiram em ter vivenciado uma má experiência quanto ao atendimento por parte dos funcionários desses lugares, o que poderia estar associado à falta de preparo e de estratégias para lidar com uma crise de saúde como a COVID-19, que pegou o sistema de saúde mundial desprevenido.

Sabe-se que o relacionamento dos profissionais de saúde com o paciente é um fator muito importante, porque trata-se de uma relação humana em que se deve priorizar o respeito na interação, onde a compaixão, empatia e apoio tem que ser fatores fundamentais, lembrando-se que o paciente está vivenciando um momento de vulnerabilidade física e psicológica. Eles precisam de um cuidador que considere essas necessidades e, assim, facilite processos para evitar consequências ou experiências negativas para a pessoa doente (STEWART *et al.*, 2017).

O atendimento nos serviços de saúde é fundamental para a saúde mental destes pacientes que, pela doença, já estão muito abalados emocionalmente, e precisam de um atendimento em que se sintam apoiados, acolhidos e acompanhados em seus processos. A pesquisa apontou que alguns dos pacientes sentiram o contrário em sua experiência nas UPAS.

Bem, agora, na UPA, eu fui tratado muito mal. Fui na UPA do Edson Queiroz que é próximo à Unifor, eu fui tratado muito mal lá, o atendimento foi péssimo (Paciente 2).

Quando eu estava na UPA era ruim, fiquei numa cadeira quase um dia, até me dizerem que eu ia ser transferida. Eu fiquei muito insatisfeita, com medo de ir para outros lugares né (Paciente 4).

Sofrendo na UPA que nem todos os atendentes são delicados, com pouca paciência e é muita luta pra eles né (Paciente 14).

Outros desafios no período da internação por COVID-19 foram os protocolos e as restrições de visitas de familiares e amigos para evitar os contágios massivos. Os meios de comunicação entre pacientes e familiares foram virtuais e, de acordo com o quadro de saúde de cada caso, era o próprio paciente quem se comunicava diretamente com seu familiar via WhatsApp ou videochamada. Sabe-se que as comunicações durante um processo de adoecimento cumprem um papel fundamental para o paciente se sentir apoiado e acompanhado na dificuldade de seu estado de saúde e é chave para o bem-estar e cura, tendo impacto positivo a nível psicológico, já que a falta dessa comunicação potencializa muita angústia, estresse e sofrimento (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

Todos os pacientes entrevistados tiveram comunicação direta com suas famílias em algum momento durante a hospitalização e quanto à experiência das comunicações *online* que mantiveram com seus familiares, os pacientes expressaram diferentes opiniões, que variaram

segundo a situação de saúde no momento da internação e segundo as necessidades emocionais de cada um.

Sim, através do meu celular, quando eu fui transferida no hospital, minha irmã não conseguia ficar, eu entrei sozinha, eu tinha medo, muito medo. Então eu falava no celular com minha irmã diariamente de manhã, à tarde às vezes, até pela madrugada, aí eu ficava bem (Paciente 1)

Tinha comunicação sim, nesse tempo com minha esposa, então eu tinha diariamente e era ótimo falar com ela por telefone, hoje eu estou separado (Paciente 2)

Não, eu não tive comunicação com ninguém porque eles também estavam doentes, isso foi horrível, me sentia sozinha (Paciente 6)

Quando eu melhorei um pouco depois de alguns dias eu atendi meu celular, principalmente à noite, como meu esposo trabalha, principalmente à noite me comunicava (Paciente 12)

Sim quando saí da UTI, era só uma vez por dia, não gostava de ficar o tempo todo no celular, uma ligação e já eu ficava tranquilo (Paciente 15).

Além da comunicação direta dos pacientes com suas famílias por meios virtuais, o HUWC implementou o envio de um boletim diário de saúde dos pacientes, onde os assistentes sociais, médicos e enfermeiros trabalhavam em conjunto, localizavam os familiares e se encarregavam de comunicar o estado de saúde dos pacientes (MINISTERIO DE EDUCAÇÃO, 2021), especialmente quando eles não podiam ter contato telefônico direto por ingressar na UTI, ou por alguma outra situação como não contar com o meio de comunicação próprio para se contactar, assim criaram uma conexão entre hospital – paciente – família, com a intenção de manter o apoio psicossocial que é preciso para as populações vulneráveis, aliviando o distanciamento entre eles e acalmando as tensões que tenderiam a se originar a partir da falta de comunicações (MOHAMMADI *et al.*, 2021). Tendo em vista que naquele momento de internação os protocolos por contágio da doença eram muito restritos, os pacientes expressaram que o boletim diário do HUWC foi muito funcional para manter as famílias informadas sobre o estado de saúde deles.

Mas o hospital o tempo todo se comunicou com meu esposo, todos os dias e como ele é muito nervoso foi muito difícil dele conciliar. Cada ligação ele achava que era muito ruim e ficava muito nervoso, então ele sofreu bastante por ele ser nervoso. Ele quase não entende muitas das coisas, mas a minha irmã que entende um pouco de saúde então ela agradecia cada ligação para saber de mim. (Paciente 3).

Sim, sempre meu esposo com a assistência social ligava para ele né para informar sobre a minha pessoa, foi todos os dias mesmo a assistência social no começo e depois diretamente eu falava com minha família. (Paciente 4).

O hospital ligava diariamente para falar da minha saúde e dava tranquilidade. Depois, como eu não tinha telefone, uma moça do hospital que era da assistência social me deu um celular, eu ligava para minha família, às vezes ela ligava para mim também, eu tinha um telefone do hospital, eu me comunicava com eles simdiretamente por telefone. (Paciente 5).

O pessoal do hospital falava com minha família sobre minha recuperação, a comunicação acho foi ótima, meus familiares me falaram que eles sabiam sobre minha saúde o tempo todo, os médicos e as enfermeiras que falavam com eles (Paciente 11).

É importante levar em consideração que na planilha de contatos recebida, vários números telefônicos não eram corretos, porém essas são as impressões passadas pelos entrevistados com número de contato correto, com quem foi possível realizar esta entrevista, mas não se sabe se as comunicações do boletim de ocorrência do HUWC foram dadas para os contatos que chegaram aos pesquisadores com números telefônicos incorretos.

Durante essa crise sanitária, os hospitais concentraram seus esforços nos sintomas físicos da doença para guardar a vida dos pacientes com COVID-19, mas as implicações psicológicas destas ficaram em segundo plano, sendo subestimadas e até negligenciadas (ORNELL, 2020). A afetação psicológica durante a pandemia foi evidente, mas, nesse momento, o atendimento psicológico ainda não havia sido visto com a importância que representa. Dentro do conceito de saúde da OMS (2017), tem-se o modelo biopsicossocial, em que não se pode falar de saúde quando não são atendidas as questões de saúde mental e até o ambiente onde o indivíduo se desenvolve. Todos os pacientes entrevistados expressaram ter precisado de atenção psicológica durante sua estadia no hospital. Porém, a maioria não recebeu esse serviço, à exceção de casos pontuais em que o atendimento se deu por outras doenças ou por quadros psicológicos emergenciais.

Eu cheguei a fazer terapia com uma psicóloga no hospital, por meu estado de saúde. Porque minha operação da hérnia foi antes da COVID-19, mas não pela internação COVID-19 (Paciente 1).

Sim, eu recebi no hospital quando estava internado com a COVID-19 e depois eu saí do hospital e fui direto para o hospital psiquiátrico de Messejana por crises psicóticas, mas agora para pegar a receita eu vou no CAPS (Paciente 9).

Não, nada de atenção psicológica e eu precisei no momento muito, conversar com alguém sobre como eu me estava sentindo, sobre os pesadelos, de tudo. E perguntei para assistente social, mas falaram que não tinham atenção psicológica (Paciente 13).

Lá no hospital eu tive uma crise de ansiedade, então eles me davam apoio né. Falavam para mim que eu iria me recuperar logo, precisava me acalmar e ficar tranquilo, mas só os enfermeiros, eu não falei com psicólogos. (Paciente 16).

Observou-se que essa necessidade de atenção psicológica ainda prevalece nos pacientes entrevistados e a maioria deles expressou haver procurado por atenção psicológica no SUS, via CAPS, mas relataram que esse serviço está lotado. Sem a vaga na assistência pública, muitos deles até o momento não conseguiram cuidar de sua saúde mental com atenção especializada, o que coaduna com dados do questionário sociodemográfico em que se obteve 92,8% dos entrevistados utilizando o SUS como serviço de saúde e, portanto, dependentes da sua disponibilidade nos serviços sanitários.

Considera-se que é fundamental a preservação da saúde mental depois da pandemia, porque em toda a população tem tocado a mente e as emoções e em alguns até algum tipo de sequela, principalmente nos grupos mais vulneráveis, como são as pessoas que padeceram e ficaram internadas no hospital por COVID-19 (HANNEMANN *et al.*, 2022).

Eu preciso muito, mas não tenho atendimento, o dinheiro não dá para pagar, sem condições, e no SUS e CAPS não se consegue é muito difícil, todo o tempo lotado (Paciente 5).

Não, e eu bem que eu queria e procurei porque no nosso posto de saúde estava faltando médico agora ele chegou e eu disse que eu vou pedir atenção psicológica porque eu estou sentindo essa necessidade então, olha eles não têm ainda vagas (Paciente 7).

Agora, tem um posto de saúde aqui e nunca tem atendimento e fica marcando, marcando, marcando eu vou dez vezes lá e não me atende, é o posto de saúde do bairro e não tem médico aí a gente volta para a casa de novo, não tem de jeito nenhum (Paciente 10).

Não, não recebi eu fui tentar marcar com o psicólogo, mas deu certo não. Eu não vou mentir para você, cada vez que eu vou lá eu faço uma ficha e não tem médico não tem, ali eu não vou mais (Paciente 11).

É evidente que existiram muitos desafios que a população de pacientes internados por COVID-19 teve que enfrentar e esses foram principalmente de tipo psicológico porque tratando-se de uma doença que pouco ou nada se sabia ao respeito, provocou emoções de medo, angústia, estresse e insegurança no momento da internação. Essas emoções tornaram-se maiores ainda quando o quadro clínico da doença agravou e durante a internação o paciente precisava de respiração mecânica, ou também se outros membros de sua família estavam contaminados com COVID-19.

Outro fator de risco psicológico descrito por eles foi quando o paciente ou sua família atravessava problemas econômicos ou outros conflitos familiares, questões que também geravam muita angústia e estresse durante o tempo de internação para o doente. A falta de contato físico com os familiares pelos protocolos próprios do tempo da COVID-19, sem dúvida,



foi uma das maiores dificuldades psicológicas, gerando emoções e sentimentos negativos por se sentirem longe dos familiares.

Apesar de todas essas dificuldades psicológicas, os pacientes não contaram com atendimento psicológico durante a hospitalização pela COVID-19 e, como todos eles descreveram durante as entrevistas, sentiam grande necessidade de acompanhamento psicológico enquanto vivenciavam essa experiência, mas, no momento, no HUWC não existia este serviço para os pacientes internados por COVID-19, pelo menos não para todos os pacientes, só para situações pontuais. Alguns dos pacientes disseram ainda precisar desse atendimento psicológico, mas até a realização dessas entrevistas, o que se observou a partir dos relatos foi que os serviços de atenção de saúde colapsaram e a maioria desta população, com um ano após sua internação, não conseguiu este atendimento. Mesmo tendo vivenciado tantos fatores de risco de saúde mental, não houve nem há o atendimento, que, sem dúvida é necessário porque muitas destas dificuldades descritas anteriormente podem ocasionar várias sequelas relacionadas à sofrimento psíquico e, se acompanhadas, podem ser elaboradas e os indivíduos terem condições de manterem-se com saúde, numa perspectiva integral.

## **8.2. Processos de perda e luto vivenciados pelos pacientes internados com COVID-19**

Como consequência da pandemia, houve milhões de óbitos a nível global de pessoas contaminadas pela COVID-19 (WHO, 2022). Nesse período, o mundo viveu o luto de formas distintas, alguns de maneira mais próxima e outros mais de longe; muitas pessoas perderam algum familiar querido, outras só alguém que conheciam pouco, mas desde a pandemia a morte foi um tema que ficou exposto para toda a humanidade quando, todos os dias, os jornais falavam de cifras de óbitos aumentando. Além disso, o processo de luto não se refere somente a morte da pessoa, o significado também está relacionado a outros tipos de perdas e durante a COVID-19 são inúmeras as perdas simbólicas e significativas que toda a população tem experimentado (FONTES *et al.*, 2020).

Para Kubler-Ross (2017), o processo de luto e perda nos pacientes internados com uma doença grave é totalmente eminente desde o diagnóstico da doença, o que leva à necessidade de que seja compreendido com maior sensibilidade e cuidado para ajudar esta população a atravessar a situação. Durante a internação hospitalar por qualquer doença, o paciente cria

muitos imaginários em torno do seu processo saúde-doença, pior ainda quando a doença é nova no mundo, a população está morrendo diariamente e se tem pouca informação a respeito.

Como dito, processo de luto ultrapassa a morte em si, relaciona-se como medo de morrer e não ver mais as pessoas amadas e estes pensamentos podem ser tão intensos a ponto de afetar o sistema imunológico do paciente durante o padecimento da doença; pode também ocasionar transtornos mentais, principalmente o transtorno de estresse pós-traumático (FONTES *et al.*, 2020). Neste estudo, os pacientes expressaram que o pensamento de eles morrerem durante a internação pela COVID-19 foi muito forte e acompanhado da ideia de não ver mais a suas famílias para se despedir:

Eu tinha muito medo de ficar intubada na UTI, de morrer e não ver mais ninguém e não ver mais minha família, foi um período ruim e de medo, pânico de morrer (Paciente 3).

Eu tinha medo de não voltar mais, de não voltar mais para casa, eu pensava que eu ia morrer lá mesmo, eu pensava que eu não ia ver novamente minha família (Paciente 5).

Demais, várias vezes medo de morrer, sobretudo quando estava na UTI que eu sentia uma dor muito forte, se eu falo que esqueci estou mentindo né porque foi uma coisa e um medo muito forte de não ver mais a minha família e morrer, mas eu tinha Deus (Paciente 8).

O maior temor de todos foi morrer sem ver minha família de novo, era o pior pensar nisso (Paciente 11).

A pessoa doente pode experimentar e sentir a perda de sua saúde por meio dos sintomas físicos que apresenta, segundo sua doença e a intensidade desta, também há uma progressiva deterioração de seu corpo e de suas vivências no cotidiano. Quando existe uma doença, a pessoa tem que enfrentar e se adaptar constantemente a situações de crises pelas manifestações físicas que vão provocando, e a perda da saúde não tem relação apenas com o momento em que o paciente padece, mas também com as sequelas de saúde a longo prazo, com as quais a pessoa tem que lidar no futuro (KUBLER-ROSS, 2017); e efetivamente, a COVID-19 deixou sequelas nos pacientes.

Após a hospitalização, as sequelas ou ficar novamente doente era minha maior preocupação, de morrer mesmo ou de ficar doente (Paciente 10).

Ficar sozinha e de morrer sobretudo quando eu tinha essa sensação de falta de ar, que pensava que eu ia ficar assim sempre com essa sequela permanente (Paciente 12).

Assim aquele medo, como eu falei, aquele medo de ficar deitado sempre, de estar dando trabalho de achar que eu nunca ia me recuperar 100% e que ia ficar com algum sintoma. (Paciente 13).

Por essa razão, os pacientes que tiveram familiares contaminados com a COVID-19 sofreram de muito perto a perda da saúde destes pelo temor do que aconteceria enquanto eles estiveram naquela situação. Pela incerteza diante do cenário, vivenciaram um luto antecipatório que ocorre quando as pessoas entram em processo de luto mesmo sem a morte do familiar confirmada, mas com a existência de algum perigo eminente que os faz vivenciar esta perda de forma prolongada e antecipada (MASSOCATTO; CODINHOTO; 2020).

Por serem pacientes contaminados e internados no hospital pela mesma doença, entendiam a gravidade e intensidade dos sintomas a partir de sua própria experiência, com empatia não somente pela carga afetiva com os familiares, senão também com o bom entendimento da situação por compartilhar adifícil experiência da doença crônica ou grave (STEWART *et al.*, 2017). Assim, os pacientes que tiveram familiares contaminados no momento vivenciaram o luto antecipado sobre eles e suas famílias.

Eu pensava que eu não ia ver novamente minha família, mas o pior era o medo da morte de meu esposo, isso me fazia sentir muito ruim (Paciente 4).

Eu tinha muito medo de morrer sem ver um deles antes e também de que eles morressem e não terem direito de nem ver, porque estou na cama do hospital doente igual a eles (Paciente 6).

A quantidade de óbitos no mundo pela COVID-19 foi alta, levando também à grande quantidade de pessoas que perderam alguém tiveram que enfrentar a dor da morte de um ser querido. O processo psicológico do luto é considerado um processo de adaptação normal na vida de todos os seres humanos, o que gera efeitos na saúde mental das pessoas com respostas de estresse num primeiro momento até que a pessoa consigase readaptar e se reorganizar novamente segundo os recursos psicossociais, além das circunstâncias e o vínculo afetivo que existia com o falecido (BOWLBY, 1985). A maioria dos pacientes entrevistados perdeu alguém próximo e expressou o que representou, no momento, essa perda na sua vida.

Sabe tudo isso foi muito difícil para mim, como a morte do meu sobrinho, queria ele como um filho, então como eu digo assim ninguém me avisou até eu sair do hospital e dói não ver ele de novo (Paciente 1).

Eu tive muita perda nesse período, meu sogro e minha cunhada e além disso, o tempo todo medo de meu esposo morrer também, então eu passei muito mal (Paciente 4).

Durante esse tempo eu perdi muitos amigos e minha mãe pela COVID-19, isso foi difícil demais, até agora estou abalado demais (Paciente 5).

Eu tive duas perdas pela COVID-19, amigos próximos e meu irmão, só fiquei sabendo quando eu saí do hospital e fiquei chateado da notícia (Paciente 7).

O luto está composto de diferentes momentos até seu enfrentamento e a continuação de sua vida sem o falecido. Não é possível estabelecer um tempo fixo da elaboração desse processo, porque dependerá dos recursos psicológicos próprios de cada pessoa, o contexto dessa perda e o contexto da pessoa que está vivendo o luto; o primeiro ano desse processo é considerado muito importante, porque significa que a pessoa terá que atravessar pequenas perdas de seu luto como as primeiras datas e vivências importantes sem a presença do falecido (ARAÚJO; GARCÍA; NAVARRO, 2020). No momento da entrevista aos pacientes, tinha passado mais de um ano do luto familiar, mas vários deles ainda se sentiam muito abalados e não superavam essa perda de seu ser querido.

Ainda muito abalada, muito sabe. Tem dias que em que eu muito assim eu vou sorrir para não chorar, mas às vezes eu me deito na minha cama, eu choro encontro de desabafo para mim, é um sonho (Paciente 1).

Desde a morte deles eu fiquei com uma insônia muito grande, eu não dormia nada, até agora não acredito que eles morreram, até agora eu choro muito, não supero (Paciente 4).

Éramos oito no hospital que estávamos juntos e você o sofrimento dos outros também e pessoas falecendo do nosso lado e ficam perguntando se você vai ser o próximo. É uma experiência trágica, não é fácil. Você ver as pessoas morrendo do seu lado, eu até agora tenho muitos pesadelos e sofro quando eu me lembro disso. (Paciente 9).

Nos relatos, fica claro que esta população vivenciou vários processos de luto pelos quais ainda experimentam alguns efeitos; muitos dos entrevistados sofreram a morte de um familiar ou amigo próximo e no momento desta entrevista evidenciou-se que o processo de luto estava recente na vida e na memória dos entrevistados, pois ficou muito clara a afetação psicológica que ainda os abatia notoriamente, além de alguns com sintomas de depressão, insônia e pesadelos, principalmente em quem não teve oportunidade de se despedir.

Além do luto pela morte de alguém próximo, essa população sentiu a perda de sua saúde física e mental, após haver sido internada por esta doença, com várias sequelas que permanecem até hoje. Por último, e não menos importante, a ideia ou pensamento de que iriam morrer longe da família e sem se despedir sempre esteve presente durante a hospitalização em muitos deles, principalmente nas pessoas que ficaram mais graves durante a internação ou em quem tinha um familiar que também padecia da doença, experimentando o luto antecipatório deles e de seus familiares.

### 8.3. Sequelas psicológicas dos pacientes internados com COVID-19

Os pacientes internados com COVID-19 têm muitos fatores de risco associados à alterações psicológicas em sua saúde mental pela situação de vulnerabilidade que atravessaram, ficando tão perto de diferentes estressores, razão pela qual podem ser mais propensos a terem algum tipo de transtorno psicológico; após a pandemia existe muita prevalência no diagnósticos de Depressão, Ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-traumático nesta população (LACASTA-REVERTE *et al.*, 2020), fazendo com que a prevenção com atendimento psicológico imediato seja ideal. No entanto, com as limitações anteriormente encontradas sobre os atendimentos psicológicos sem vagas no serviço público, observa-se uma situação preocupante porque diagnóstico precoce é preciso para começar uma planificação de tratamento a tempo de evitar agravos.

A depressão é um transtorno psicológico que cada dia afeta maior quantidade de pessoas, principalmente depois da pandemia em que os diagnósticos têm aumentado notoriamente. O estudo de Al-Aly, publicado em *BMJ Public Health Emergency Collection* (2022) trouxe que o incremento nos casos de depressão relacionados diretamente à pandemia e às pessoas que estavam doentes com COVID-19 tem um risco 39% maior como efeito ou sequela psicológica da doença, por um fenômeno pouco conhecido chamado de síndrome de depressão pós-viral, desencadeada por alterações inflamatórias, estresse psicológico e outros fatores.

Esse transtorno do estado de ânimo pode até incapacitar a quem padece, impossibilitando de realizar suas rotinas diárias da cotidianidade de sua vida; também afeta a vontade de viver, provocando pensamentos suicidas, pois o estado permanente de tristeza, baixa autoestima, culpa, entre outras, ocasiona que a pessoa em processo de adoecimento perca o interesse pela própria vida, fazendo que as atividades simples de sua vida como trabalhar, estudar, até outras mais básicas sejam impossíveis de realização para a pessoa com depressão (APA, 2013). Alguns dos pacientes dizem ter experimentado tristeza profunda, desesperança e até pensamentos suicidas desde a internação pelo COVID-19 que prevalecem até a atualidade.

Eu vivia assim, tão abalada que pensei em praticar suicídio, faz pouco tempo atrás, mas não sei porque me deu isso, e eu sei que isso se torna uma fraqueza da pessoa, aí estou me sentindo depressiva até agora (Paciente 1).

Sim, eu tive depressão o tempo todo dentro do hospital, sofri muito, cheguei ao ponto de não ter mais amor e pedir a Deus que ele me levasse, porque eu sofri muito. Fiquei muito abalada, muito mesmo, até hoje eu sofro de ansiedade, de depressão, de tudo isso. (Paciente 6).

Eu me sinto muito triste, muito desesperançada, muito sufocada, precisando desabafar, precisando conversar, sabe é como assim o passarinho está preso ele quer saltar, é assim que eu estou me sentindo, estar preso buscando uma liberdade, só não quero ficar mais assim, triste. (Paciente 12).

Além da depressão, o transtorno de ansiedade é outra das sequelas mais evidentes após a COVID-19, e cada vez são mais as pessoas que apresentam com maior prevalência vários sintomas físicos e psicológicos desse transtorno após o contágio. No contexto da pandemia, as pessoas apresentaram um aumento alarmante dos diferentes tipos de ansiedade, relacionando sua causa principalmente ao medo por sua saúde e outros elementos referentes ao tema, provocando afetação do comportamento com condutas inapropriadas, (HANNEMANN *et al.*, 2022).

O estudo de *Journal of Neurology* revela que uma de cada cinco pessoas depois de ter adoecido de COVID-19 obteve um diagnóstico psiquiátrico de transtorno de ansiedade nos três primeiros meses depois de ter contraído o vírus, principalmente se estiveram acamados durante a doença, mostrando uma relação direta do transtorno com a internação hospitalar (CALABRIA *et al.*, 2022). Alguns dos pacientes entrevistados descreveram vários dos sintomas de ansiedade que experimentaram após a COVID-19 e que até agora permanecem.

Eu fiquei com várias dores, como uma dor nas pernas e em todo o corpo, mas a dor do peito foi a pior, eu sentia que não podia respirar e ficava desesperado e com muita angústia, até agora tenho essa sensação (Paciente 2).

Depois da COVID-19, meus batimentos aumentaram bastante e ansiedade também, fiquei um pouco abalada mesmo (Paciente 3).

Eu sentia muita taquicardia e falta de sono, até fui no posto de saúde porque sentia meu coração acelerado demais e tinha medo, falaram que estava com ansiedade (Paciente 8).

Eu fiquei com uma ansiedade muito grande, não dormia mais. Fiz tratamento fisioterapeuta lá mesmo no hospital durante três meses ou foram quatro. Eu fiquei com a respiração prejudicada, fiquei com várias sequelas disso, sobretudo a ansiedade (Paciente 15).

Um sintoma que chamou muito a atenção, pela repetição nos relatos dos participantes da pesquisa, foi a insônia, pois do total dos dezesseis (16) pacientes, todos descreveram a insônia como um dos principais sintomas que apresentam após a COVID-19. Eles falaram haver experimentado em algum momento insônia ou manter esse sintoma até a atualidade. O estudo do *Journal Sleep Medicine* (2021) revela que a pandemia tem provocado

sequelas relacionadas ao sono em muitos pacientes da COVID-19 que apresentam pior qualidade dele, como insônia ou outros transtornos do sono.

Estima-se que 20% dos pacientes que tiveram COVID-19 tenham essa consequência, isso pode estar relacionado a fatores estressores da hospitalização, que provocam diminuição do tempo de sono, ou também devido a problemas pulmonares que provocam, durante o sono com que o nível de saturação de oxigênio seja mais baixado que no estado de vigília (MORIN *et al*, 2021). Os pacientes entrevistados expressam as dificuldades que padeceram e ainda padecem quanto à insônia.

Tenho insônia desde a COVID-19 eu já tomei paroxetina faz dez meses ou um ano, e ainda tomo para melhorar a insônia (Paciente 14).

Eu tive no começo insônia, eu não dormia e tenho sentido, mas agora tô sentindo de novo e não consigo mais dormir, faz uns meses que voltaram esses sentimentos. Me sinto ruim, todos os sintomas da insônia têm voltado (Paciente 7).

Assim, eu não tenho mais problemas de insônia, mas na minha internação eu acho que passei 21 noites acordado, praticamente, eu tomava até um negócio para dormir e eu não conseguia dormir, dormia muito pouco e acordava assustado (Paciente16).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno mental provocado por um ou vários fatores ou situações consideradas estressoras ou traumáticas para o indivíduo. No caso dos pacientes que padeceram de COVID-19, é muito alta a porcentagem de sintomas associados ao TEPT, mais ainda se houve hospitalização e internações em UTIs, pois o risco de apresentarem transtorno é muito maior. Sintomas como ansiedade, depressão, pesadelos, dor corporal, falta de concentração e de memória, cefaleias são os principais que se apresentam nessa população. Existem alguns fatores associados como o contexto, a economia, a sociedade na qual se desenvolve o indivíduo e o estado de saúde que incrementam o risco e probabilidade de desenvolver os sintomas de TEPT como afetação à saúde mental do paciente (BECERRA- CANALES *et al.*, 2022). Os pacientes do HUWC entrevistados nesta pesquisa relatam alguns dos sintomas que experimentam relacionados ao TEPT, a maioria destes foram os pacientes que estiveram internados na UTI.

Fiquei com medo e trauma, mas meu esposo até hoje tem trauma, ele achava que iria me perder o tempo todo; nós tudinho da família ficamos traumatizados, foi um período ruim que todos passaram; meus pais, meus irmãos, minha família, meus filhos, todos quando a gente fala lembram. A gente sofre porque foi um período muito, muito ruim (Paciente3).

Eu passei um período acordando com susto de que eu pensava que ainda estava no hospital, esses pesadelos como os que eu acordava agora já não, acabaram... um tempo

atrás. Não tem como não ficar marcado na memória vinte e um dias dessa doença (Paciente 8).

Com certeza, não gosto de pensar porque me sinto ruim e muito mal, principalmente de quando eu estava com oxigênio e falta de ar, ficou o trauma (Paciente 11).

Além dos transtornos mentais anteriormente descritos, que são os mais frequentes, também houve em menor quantidade a aparição de alguns casos de pacientes COVID-19 que apresentaram transtornos mentais graves, como os transtornos psicóticos e delírios, que podem ser desencadeados pelo estresse derivado da pandemia e todas as mudanças relacionadas durante este tempo, mas também pela existência de outras doenças físicas ou psiquiátricas.

Em outros casos, o conteúdo delirante é relacionado e marcado como consequência da própria doença do coronavírus e a gravidade dela. Outro fator de risco também tem relação com a idade do paciente, sendo mais propensos os idosos. Um dos pacientes do HUWC entrevistados nesta pesquisa confirmou ter um diagnóstico psiquiátrico de quadro psicótico durante a hospitalização pelo que depois foi transferido ao Hospital Psiquiátrico de Messejana.

Eu tive um problema neurológico, crise psicótica e tenho diagnóstico e tudo, eu tomo medicação até agora, ainda hoje eu tomo a medicação do hospital mental, eu tenho e se eu fico um dia sem tomar, eu fico mal. Eu me sinto muito depressivo e muita coisa trágica que aconteceu porque antes da COVID-19 eu tive duas paradas cardíacas, e agora a Chikungunya. Eu estou sequelado e tomando a medicação, mas vou sobrevivendo. Eu estou sequelado (Paciente 9).

As condições psiquiátricas decorrentes da COVID-19 são evidentes. Oxford (2022) aponta que nos três meses seguintes à infecção, um em cada cinco pacientes com COVID-19 recebeu um diagnóstico psiquiátrico, apontando que os quadros mais comuns são ansiedade, depressão, TEPT e insônia. O diagnóstico é fundamental para executar um tratamento pertinente dos transtornos mentais nesses pacientes e controlar essa sintomatologia que apresentam, relacionada às sequelas psicológicas após a internação hospitalar. Viu-se que só um paciente dos dezesseis (16) entrevistados conta com um diagnóstico psiquiátrico, mas todos apresentam algum ou vários sintomas e sequelas psicológicas, não tendo acesso aos serviços de saúde mental, com a agravante de que a maioria informa jamais ter recebido atenção psicológica na vida.

Não, nunca tive nenhum diagnóstico de nada, só foi uma vez que eu recebi atendimento psicológico no hospital e depois disso não tive mais, porque no CAPS não tinham vagas (Paciente 1).

Nunca na minha vida recebi atenção psicológica e sei que preciso muito (Paciente 10).



É alarmante que todos os pacientes internados por COVID-19, entrevistados nesta pesquisa, descreveram padecer de sequelas psicológicas. Alguns deles, até o momento da entrevista, diziam ainda experimentar sequelas que estão principalmente relacionadas a transtornos de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, sendo o mais comum os sintomas de transtorno de ansiedade, com maior presença de taquicardia e falta de ar.

Dentro da sintomatologia geral, o principal sintoma evidenciado como sequela foi a insônia, citada por todos os entrevistados, enquanto estiveram internados com a COVID-19. Esse sintoma, na maioria de casos, ainda segue prevalecendo nos entrevistados. Sintomas de depressão também foram evidenciados com prevalência, destacando-se a tristeza profunda.

Durante as entrevistas uma das entrevistadas relatou que teve pensamento suicida depois da internação da COVID-19, essa paciente padecia de outras doenças como diabetes e processos de adoecimentos relacionados à obesidade e outros problemas psicossociais como perdas familiares recentes, dada a gravidade do relatado na entrevista, esse caso foi informado para trabalho do serviço social do HUWC, que informou que a paciente é uma das poucas que têm assistência psicológica do CAPS e é supervisionada pelos assistentes sociais do hospital que fazem o seguimento respectivo nela.

Sobre o TEPT, foram poucos os entrevistados nesta pesquisa que descreveram a aparição dos sintomas relacionados, mas o que chamou atenção foi o fato de que estes estiveram diretamente relacionados com os pacientes que foram internados nas UTIs. Estes relataram padecer de pensamentos ruins e pesadelos sobre esse evento, considerando um trauma em sua história. Além de todos os entrevistados apresentarem em algum momento diferentes sequelas, quase nenhum deles tem ou teve assistência psicológica. Nenhum deles afirma ter realizado avaliação psicológica para diagnosticar algum destes transtornos nomeados, ainda que apresentem sintomas. Essa falta de diagnóstico impede o tratamento e prevenção de riscos, o que é o preocupante no que concerne à saúde individual e coletiva.

#### **8.4. Estratégias de enfrentamento dos pacientes internados com COVID-19**

As estratégias de enfrentamento psicológico são necessárias para lidar com situações ou eventos estressantes, contribuindo para que as pessoas possam reduzir, apagar ou se adaptar a uma situação (FOLKMAN, 1984). Um desses eventos críticos em que é preciso ter recursos sem dúvida foi a internação necessária por COVID-19. Por essa razão, atualmente existe a necessidade de trabalhar estas estratégias de enfrentamento com as pessoas que padeceram na pandemia para que os efeitos colaterais da experiência possam ser trabalhados

com essas estratégias, gerando bem-estar a essa população, se configurando um fator chave na sociedade para cuidar e resguardar a saúde física e mental (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

O acolhimento por parte dos profissionais de saúde também cumpre um papel fundamental para o enfrentamento psicológico das crises, especialmente nesse caso da internação por uma doença grave. Para Stewart (2017), a compaixão por parte dos profissionais de saúde com o doente marca uma diferença enorme na recuperação e estado anímico dos pacientes e repercute até na recuperação deles. É importante lembrar que se trata de uma relação entre seres humanos, porém deve-se cuidar até do jeito de se comunicar com o paciente, sempre com empatia e respeito, lembrando que essa pessoa já tem um sofrimento físico e psicológico pela doença que atravessa. No caso dos pacientes do HUWC entrevistados nesta pesquisa, todos se disseram acolhidos e acompanhados pelos profissionais que os atenderam no hospital e expressaram muita gratidão acerca do atendimento.

Lá é um hospital muito bom, muito recomendado, quando disseram que era para esse hospital. O atendimento deles foi muito bom comigo. Todos assim me tratavam com tranquilidade, paciência. O atendimento dos médicos também, sempre procurando saber, as pessoas da limpeza também (Paciente 4).

O acolhimento foi 100%, eu não tenho que reclamar de nada, os profissionais são todos excelentes, a solidariedade das pessoas do hospital, são muito atenciosos (Paciente 5).

Sim, sobretudo o atendimento de uma fisioterapeuta que tinha lá, se eu não me engano o nome dela era Luana, uma pessoa que Deus colocou nesse momento na minha vida para me fortalecer. Ela sempre dizia e falava que tudo ia dar certo e Deus ouviu né, graças a Deus hoje estamos todos nós aqui (Paciente 13).

O acolhimento do hospital foi maravilhoso para mim, a atenção de todos, eu não me canso de elogiar o serviço, o atendimento, acolhimento por tudo. Para mim acho que nota 1000, se pudesse ser bem mais do que 1000 eu daria. Dizer como foi maravilhoso não tem como, inclusive o acolhimento. (Paciente 14).

Para Ridder & Schreus (1997), o *Copping* ou estratégias de enfrentamento mostra-se como uma ferramenta muito significativa nas questões de crises, como são os problemas de saúde. Nessa situação, o *Copping* pode ajudar na adaptação do diagnóstico de doenças crônicas ou graves, também tem um impacto positivo e de bem-estar na vida do paciente quando atravessa esse momento em sua vida, porque a aparição das doenças graves na vida das pessoas tem reflexo na relação do indivíduo consigo mesmo. Por isso é importante promover as estratégias de enfrentamento que existem em cada indivíduo, como recurso de enfrentamento e superação. Essas estratégias variam segundo a situação estressante e também segundo a personalidade e recursos de cada pessoa no momento. Entre as principais estratégias de

enfrentamento dos pacientes do HUWC participantes desta pesquisa, estiveram a religião e a identificação, amizade e vínculo que criaram com os outros pacientes COVID-19 no hospital.

Me comunicar melhor com as pessoas ao meu redor. Falávamos muito de fé e religião, e na medida que eu fui melhorando, fui ajudando e reconfortando outras pessoas piores e eu fui ficando melhor (Paciente 4).

Sim tinha, conversava muito com os outros pacientes do hospital, a gente ficava falando sempre e fazendo amizade, foi bem bacana né (Paciente 8).

Assim, era Deus, eu orava e falava com muita reflexão sobre como vivemos, a vida é curta e só depende de Deus. Você tem que ser seu melhor. Sou em Deus (Paciente 10).

Uma das estratégias mais importantes no momento de enfrentar uma crise de saúde são as redes de apoio social e comunitária, sobretudo nos pacientes que vivem em situação de inequidade social, dentro de uma compreensão à luz dos principais determinantes sociais de saúde (RIBEIRO, 2015). Esse tipo de estratégia de enfrentamento também é fundamental como suporte psicológico em que os pacientes e suas redes de apoio tornam-se aliados para enfrentar as crises, pois as relações sociais saudáveis estão associadas à redução de riscos de saúde mental ou sequelas psicológicas (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018). Todos os pacientes entrevistados nesta pesquisa disseram ter contado com redes de apoio que favoreceram e ajudaram positivamente durante e depois da hospitalização, sendo a família a principal rede de apoio desta população.

Minha família, eles estavam comigo segurando lágrimas e vamos ter fé, vamos ter fé e foram todos guerreiros, a minha irmã mais velha que nunca foi visitar meus pais no hospital, ela foi me visitar. Eu estava aqui com a minha ex-cunhada e ela falou você vê que todos te amam, seus irmãos todos, você está com um companheiro que gosta de você (Paciente 1).

Eu tive ajuda de minha família e de minha casa e dos vizinhos também, a gente tem sempre aquele vizinho que parece que sente a dor da gente, né? Ajuda, compartilha, visita (Paciente 6).

Meu filho, minhas irmãs, todos meus sobrinhos, todos amigos, os meus médicos sabem eu não faço diferença e foi o que eu ganhei de tudo porque eu acho que se não fosse isso, teria sido mais difícil pra mim (Paciente 7).

As estratégias de autocuidado também são fundamentais nas crises de doença porque equivalem a uma contribuição do indivíduo a sua própria existência, e são condutas construtivas no físico, emocional, comportamental, dirigidas a pessoa doente e executadas por ela mesma, que servem para beneficiar e salvaguardar a saúde. Segundo Orem (1985), o autocuidado é a responsabilidade do doente com sua própria saúde e vida, sendo fundamental nas questões de perda de saúde porque mantém o equilíbrio interno do doente, desde sua relação

consigo mesmo. Entre as estratégias de enfrentamento mais comuns e utilizadas pelos pacientes do HUWC participantes deste estudo estão: cuidar da alimentação, fazer exercício e abandonar práticas não saudáveis, tal como o hábito de fumar.

Eu já tinha uma mudança de alimentação e de cuidados, eu era saudável e continuo assim no mesmo padrão, e coisas positivas há demais nesta experiência (Paciente 3).

Sim eu praticava Muay Thai, faz pouco que voltei, mas voltei acabado, emagreci dez quilos e agora estou melhorando com o Crossfit e fazendo muita trilha. (Paciente 8).

Eu me sinto bem, deixei de fumar e melhorei minha alimentação, da vivência que estou vivo e bem. (Paciente 10)

No presente estudo, foram várias as estratégias de enfrentamento usadas pelos pacientes; exclusivamente durante o tempo de internação. A maioria deles descreve que o que realmente ajudou a enfrentar essa crise foi a fé em Deus e a religião, o que coaduna com os dados sociodemográficos, em que o 100% dessa população declarou seguir alguma religião. Além disso a identificação e vínculo que criaram com os outros pacientes que também estiveram hospitalizados, apoiando-se uns aos outros. Durante esse tempo de internação, também foi muito importante o apoio e acolhimento que receberam no hospital por parte dos profissionais de saúde, todos os entrevistados descrevem terem se sentido muito bem atendidos e expressaram muita gratidão sobre o tratamento que tiveram no tempo da hospitalização.

Quanto a outras estratégias de enfrentamento que contaram durante as ondas de maior contágio na pandemia, e mesmo após esse período, foram as redes de apoio social e comunitário, que a maioria deles tiveram da família, amigos próximos e vizinhos, sendo a rede de apoio mais comum a família nuclear. Alguns deles têm desenvolvido estratégias de enfrentamento voltadas ao autocuidado, dentre as práticas estão: eliminar hábitos nocivos à saúde, praticar exercício físico e manter o consumo de alimentação saudável.

#### ***9.4.1 Desafios e experiências vivenciados pelos familiares de pacientes internados com COVID-19***

Os familiares dos pacientes internados com COVID-19 também vivenciaram vários desafios durante o tempo em que seus entes queridos ficaram internados, tendo em vista que a proximidade afetiva faz com que os familiares fiquem vulneráveis a sofrer algum risco na sua saúde mental. A família cumpre muitas vezes a função de cuidador do paciente e esse é um papel fundamental, porque além da proximidade com a realidade da pessoa doente, são as pessoas que têm que lidar com as emoções e sentimentos semelhantes pelo vínculo afetivo que

existe nesta relação (PEREIRA; MONTEIRO; AMORIN, 2020). Porém, numa internação hospitalar isolada, como a de COVID-19, em que a família não podia ver seu familiar doente, foram vários os desafios que essa população teve que enfrentar.

Para Fernandez (2004), a aparição de uma doença crônica ou grave pode representar um grande problema no funcionamento ou na composição do núcleo familiar e é considerada uma crise, pela desorganização que se produz com a doença em todos os membros, que sofrem como familiar doente. Neste estudo, o parentesco dos familiares com a pessoa doente era direto, tratando-se de filhos/as, irmãs e esposos/as.

No caso da COVID-19, a situação é igual, já que é uma doença que pode resultar em morte, de acordo com o agravo, e isso fez com que existissem muitos desafios nessa experiência como: sentimentos de emoções negativas, decisões a serem tomadas rapidamente e outras dificuldades ao redor para a família e/ou pessoas mais próximas. Esses familiares expressaram preocupação por ficar longe dos entes queridos, o que tornou mais difícil lidar com as emoções e se manter forte para apoiar a pessoa doente e ser o suporte de outros membros da família.

Eu me senti muito preocupado, tenho um filho e fui eu quem teve que dar a notícia para ele, acho que o mais difícil era não poder acompanhar nesses momentos ruins (Familiar 4, esposo).

Eu acho que a maior dificuldade foi ter que lidar tanto com o fato de ela estar internada e tive também que lidar com o emocional de outras pessoas da minha família (Familiar 5, filho).

Eu deixei o que estava sentindo assim um pouco de lado para cuidar de outras pessoas da minha família que estavam também sofrendo por conta disso, acho que foi uma dificuldade para mim (Familiar 15, irmã).

Outra das grandes dificuldades achadas para os familiares foram as restrições no tempo da internação dos pacientes, em que não podiam fazer visitas presenciais. Isso trouxe um alto impacto psicológico não somente para o paciente, mas também para a família dele, porque a distância física gera altos níveis de angústia e preocupação. Neste contexto, as comunicações cumprem um papel fundamental para o familiar, porque ficar longe do parente doente e não ter contato nos momentos críticos de saúde pode ocasionar incerteza quanto ao estado de saúde ou prognóstico da doença, além do pânico de não estar perto em caso de que ele morresse (MOHAMMADI *et al.*, 2021).

Para Stewart (2017), é fundamental estabelecer uma relação de confiança entre o médico, o paciente e seus familiares, em que estes últimos consigam se sentir seguros sobre o tratamento e diagnóstico da pessoa doente. Assim, o médico deve ser o sujeito que pode responder à família qualquer dúvida, com total veracidade. Nesse contexto, os familiares tinham que se resignar com as comunicações que o hospital e os profissionais de saúde faziam para eles diariamente, mas expressaram que não foram suficientes para por fim as preocupações que eles tinham sobre a saúde do paciente.

Sim, através da cuidadora [profissional de saúde] que ficava com ela. Ligava para mim todos os dias, uma vez ao dia, e falava qual era o estado de saúde de minha mãe, mas não dá para ficar tranquila (Familiar1, filha).

Sim, eu e minha irmã falávamos com as enfermeiras do hospital diariamente. Ligavam e falavam sobre as coisas que precisávamos levar no hospital ou sobre a saúde do meu familiar, a comunicação era boa, mas ainda ficávamos preocupados porque não é igual a estar junto a ele (Familiar 2, irmã).

A comunicação foi difícil porque a gente recebe só um relatório por dia e a gente não sabe se aquele relatório é correspondente ao que está acontecendo naquele exato momento (Familiar 11, filha).

Por essa razão, os familiares preferiam as comunicações diretas com os pacientes, essa comunicação foi muito apaziguadora porque sentiam mais proximidade com a pessoa doente e assim os níveis de angústia e ansiedade diminuía. Sem desmerecer a comunicação com os profissionais de saúde, que foi um recurso muito útil para aplacar o impacto da distância nesse momento, mas ainda deixava os familiares com incertezas e a vontade de escutar seu familiar internado.

Para Avellaneda-Martinez (2020), é fundamental dar uma resposta às necessidades comunicacionais da população família-paciente da COVID-19, melhorando a qualidade assistencial e favorecendo a humanização nos cuidados destes doentes e ao mesmo tempo os cuidados com a saúde mental deles. Por isso, as comunicações virtuais podem ser melhor aproveitadas se forem feitas pelo próprio paciente, porque o familiar se sente com maior alívio sobre a recuperação da pessoa ao ter essa comunicação diretamente.

Eu falei presencialmente com a assistente social e depois era ela quem me ligava diariamente, e uns dias depois me comuniquei diretamente com minha esposa pelo telefone dela, isso foi ótimo, nos falávamos o tempo todo (Familiar 4, esposo).

A comunicação foi com os médicos do hospital, porque ela não podia se comunicar pelo ELMO, e depois no hospital eu já consegui me comunicar diretamente pelo celular com ela, aí foi bem mais tranquilo (Familiar12, filha).

Eu falei todos os dias com as enfermeiras e depois com minha irmã pelo telefone foi diariamente. Ela me mantinha informada de tudo, eu preferia falar com ela diretamente (Familiar 14, irmã).

Nesse contexto, a afetação psicológica dos familiares dos pacientes internados com COVID-19 também foi um elemento importante a se levar em conta, pois as dificuldades dessa experiência geraram fatores de risco psicológico nos familiares, que tinham de ser atendidos com igual importância; até a atualidade, muitos deles manifestaram precisar de atenção psicológica, mas não é fácil para eles conseguirem na assistência pública à saúde, pois este serviço está com vagas no limite.

As consequências e sequelas mentais de uma população vulnerável ou em risco precisam ser atendidas de forma urgente para salvaguardar a integridade física e mental dos indivíduos. Os aspectos de saúde mental não podem ser negligenciados nos sistemas de saúde e devem ser atendidos com o mesmo nível e importância que a saúde física, ainda mais após uma situação de crise universal como foi a pandemia da COVID-19 (HANNEMANN *et al.*, 2022).

Nas falas, os familiares entrevistados nesta pesquisa expressaram ter procurado serviços de saúde do SUS, que é o serviço utilizado por 68,8% dessa população. Após a experiência da internação do seu familiar doente, porém, relataram não conseguir atendimento devido à alta demanda por atenção à saúde mental.

Não recebi atendimento, é coisa muito difícil além de já ter a depressão pós-parto e as sequelas da pandemia. Eu não consigo atendimento no CAPS, não consigo, só agora consegui uma psicóloga para minha filha que está com suspeita de autismo. No CAPS, é uma demanda muito grande. Você tem que ter um problema muito sério para poder receber ajuda. (Familiar 6, irmã)

Recebi atendimento psicológico só uma vez, quando tirei a mama, e me ajudou muito, mas nesse período não. Eu procurei, mas não tem vaga. Estou aguardando vaga há mais de dois meses e a cada mês tem que ir novamente levar o encaminhamento, né. Aí eles dizem que a demanda aumentou muito, até no CAPS também eu fui, mas não dá (Familiar 7, esposa).

Eu recebi do SUS, mas antes da COVID-19, porque tenho ansiedade generalizada. Porém agora, na pandemia, comecei procurando novamente ajuda psicológica, mas foi complicado porque não tem vagas até depois de três meses (Familiar 10, filha)

Você tem que ir bem cedo para conseguir atendimento, é excelente o CAPS, mas é muito raro você conseguir. Existe uma demanda muito grande, parece que a doença multiplicou, desde a pandemia tem mais gente doente. Só fiquei na lista de espera e estou precisando muito da atenção psicológica (Familiar 16, irmã).

Para os familiares dos pacientes internados com COVID-19, os desafios psicológicos que vivenciaram estavam relacionados principalmente a não poder expressar abertamente suas emoções e sentimentos frente a essas crises e, em vez disso, ter que se manter forte para ser o suporte emocional do familiar doente e dos demais membros da família. Outras questões são ficar longe do familiar doente, sem acesso a visitas no hospital, e somente ter comunicação virtual com os profissionais de saúde sobre o estado de saúde do seu parente, situação que aumentava o estresse e a preocupação, segundo relato dos familiares entrevistados, que não tinham absoluta certeza acerca das informações transmitidas pelos médicos e trabalhadores de saúde naquele momento.

Por essa razão, a maioria dos entrevistados expressou preferir falar diretamente com os pacientes via online para se sentirem mais tranquilos e terem certeza de que seu parente estava bem. Por todas as dificuldades psicológicas que têm atravessado, a maioria dos familiares entrevistados descreveu sentir necessidade de receber atendimento psicológico, mas não conseguiam porque os serviços permaneciam lotados. Houve especificamente dois familiares que relataram ter recebido atendimento psicológico por parte do SUS, mas isso foi antes da pandemia. Uma delas recebeu atendimento por um câncer de mama e a outra por um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, mas nenhum dos entrevistados recebeu atendimento psicológico no contexto da internação por COVID-19.

#### ***9.4.2 Processos de perda e luto vivenciados pelos familiares dos pacientes internados com COVID-19***

Os lutos e perdas dos familiares de pacientes internados com COVID-19 foram constantes, pois, além das incertezas pelas dificuldades próprias da experiência e a escassa comunicação e proximidade que tinham com eles, sempre existia a probabilidade de que o quadro de saúde do familiar piorasse e ele não saísse com vida do hospital, principalmente para os familiares dos pacientes que foram internados nas UTIs pela gravidade da doença. Para Dantas (2020), nas doenças graves, entre elas a COVID-19, vive-se o luto antecipatório, em que se tem conhecimento prévio do luto e de sua alta probabilidade.

Além disso, os familiares de pacientes com COVID-19 vivenciaram essa probabilidade de luto sem poder ficar perto de seus familiares doentes, devido aos protocolos do momento, e essas circunstâncias do distanciamento num momento tão crítico, em que a



morte é uma probabilidade, complicam mais o cenário. O medo desta população era a morte do familiar doente, mas também o medo de não os ver uma última vez ou se despedir antes de eles morrerem.

Muito tinha medo de perdê-la porque nesse período eu perdi um pai e uma irmã, aí o medo de perdê-la também foi grande, não, a cabeça mistura, não estava muito para pensar mesmo, era tudo assim em automático (Familiar 4, esposo).

O medo foi acho de ela morrer e acontecer o pior que a gente esperava, também teve medo de não ver ela de novo nem fazer coisas ou falar com ela de novo, esse tipo de coisa, sobretudo não ter um outro momento com ela, pelo protocolo da COVID-19, era bem sem contato com o corpo, por exemplo, de não ter uma despedida decente (Familiar5, filho).

Pensei que eu ia enfiar, não vou mentir, foi muito triste, eu chorava muito, não comia porque também estava doente, muito debilitada, mas tentava continuar com a rotina (Familiar 7, esposa).

Alguns destes familiares vivenciaram esse luto antecipatório com a COVID-19 e já tinham perdido outros entes queridos com esta doença e ainda estavam atravessando esses primeiros processos de luto quando já tinham que pensar na terrível probabilidade de vivenciar outro novo. Para Worden (2018), a vivência de um luto não só depende dos recursos psicossociais, mas também está marcada por circunstâncias ao redor desse processo. Neste caso, os lutos múltiplos, que são quando ao mesmo tempo se perde mais de um ser querido, tem muito mais complexidade e até podem se converter em lutos patológicos, se a pessoa não tem os recursos psicossociais para poder enfrentar diversas situações de perda num mesmo lapso de tempo. Familiares que tinham perdido alguém da família expressaram seus sentimentos e o que representou essa experiência no momento da internação do seu familiar doente.

Nesse tempo, eu tive muita perda na família, no caso do meu pai um isolamento para as pessoas que não podia ter muita gente lá num velório e muito rápido, muito triste, a gente não pôde nem ficar muito tempo com ele. No caso da minha irmã, minha irmã ainda foi velada e depois foi enterrada, com essas experiências eu sofria muito pela saúde de minha mulher no hospital (Familiar 4, esposo).

O falecimento do sobrinho que piorou com a COVID-19, estava nervosa, estava muito apreensiva da morte dela porque às vezes ela está bem e outras não, ali na morte do sobrinho mas mexeu muito comigo, mexeu com meu psicológico, funcionava muito não, chorava muito, não consegui falar com as pessoas era todo tempo chorando (Familiar 6, irmã).

Durante esse tempo, eu perdi minha mãe e quando meu pai foi no hospital, esperava o pior, pensei que perderia ele também (Familiar 9, filha).

Neste tempo, perdi meu pai e perdi a minha tia, isso foi muito difícil e muito doloroso, isso me fez sofrer muito por minha mãe no hospital (Familiar 13, filha).

Não existe um tempo fixo para superar o sofrimento pela perda de um ente querido, o tempo é relativo segundo as circunstâncias e os recursos individuais de cada caso em particular. O DSM-V recomenda que os processos de luto sejam tratados com muita cautela e observados de perto, com o critério clínico responsável e baseado na história da pessoa, seu contexto e o contexto do luto. É importante ficar muito atento para identificar quando se trata de uma síndrome de luto complexo persistente, que é considerado um transtorno porque este tipo de luto pode interferir na capacidade do indivíduo e em sua cotidianidade, por longa duração, a diferenciar de um luto natural (APA,2013). Um ano depois desse luto, alguns familiares manifestaram o sofrimento que ainda causa a perda de seus seres queridos, sobretudo dos que viveram mais de uma perda.

Ainda sinto muita falta dos meus familiares que se foram, foi muito difícil para mim tanta perda ao mesmo tempo (Familiar 4, esposo).

Ainda tentando superar as perdas dos que se foram, ainda é muito doloroso, sinto muita saudade (Familiar 13, filha).

Quanto aos processos de luto que vivenciaram os familiares que participaram deste estudo, vários deles tinham perdido algum familiar ou amigo próximo com a doença e, além do sofrimento que já no momento vivenciavam por essa primeira despedida, tinham que lidar ao mesmo tempo com o luto antecipatório do familiar hospitalizado sem poder ficar perto dele, pior ainda, alguns deles também atravessaram lutos múltiplos nos tempos da COVID-19, o que obviamente aumentava o risco de sequelas psicológicas nestes entrevistados. Destaca-se que o momento da entrevista foi aproximadamente um ano depois da experiência e aqueles que vivenciaram mais de uma perda na família evidenciaram muita afetação emocional como algo presente.

#### ***9.4.3 Sequelas psicológicas dos familiares dos pacientes internados com COVID-19***

Os familiares dos pacientes internados com COVID-19 constituíram uma população propensa a padecer sequelas psicológicas pela vivência, experiência e situação que atravessaram como familiares do doente hospitalizado, o que tem provocado mudanças importantes no cotidiano destes indivíduos, por tudo o que esta experiência representa (HANNEMANN *et al.*, 2022).

A OMS (2021) alerta que as populações que sofreram maiores mudanças com a COVID-19 são as que têm mais risco sobre sua saúde mental e que, alguns meses após a pandemia, estes indivíduos podem apresentar sintomatologia de algum transtorno psicológico como crises de ansiedade, traumas ou sintomas depressivos durante os anos seguintes.

A depressão em familiares de doentes pode ser desencadeada pelo sofrimento da doença de um ser querido, de não ter um diagnóstico favorável, mas também da impotência de não poder fazer nada ou fazer muito pouco para poder ajudar o paciente, também dependerá da gravidade do paciente, sendo mais comum que a depressão apareça em familiares em que os pacientes estão nas UTIs ou em etapa terminal.

Para Moreira (2018), a depressão nos familiares de pacientes hospitalizados está diretamente associada com o apoio social que eles tenham, o tempo de hospitalização do doente e a gravidade da patologia do paciente. No caso dos familiares, alguns manifestaram sentir alguns sintomas associados ao transtorno de Depressão, principalmente quem teve perdas familiares, problemas econômicos ou os familiares internados estiveram nas UTIs.

Sim, acho que foi um processo pós-pandemia, eu acho que antes eu era mais animado, agora é mais difícil voltar naquela constância que antes eu tinha (Familiar 3, filho).

Vazio e sem chão, o ânimo tem diminuído, mas assim, sim, a gente sente como se fosse tirado alguma coisa da gente, né, a gente fica sem expectativa (Familiar 4, esposo).

A gente ficou com o psicológico mais abalado ainda, eu chorava muito, eu não conseguia falar com as pessoas, era todo tempo chorando. Mexeu muito com meu psicológico até hoje (Familiar 6, irmã).

Não vejo mais interesse nas coisas, assim, sem sentido para que eu lutar tanto se eu não tenho o que quero, e se ainda me sinto assim. [A mãe desta entrevistada era quem estava internada no HUWC, recebeu alta. Mas, o pai e a tia da entrevistada já tinham ido a óbito] (Familiar13, filha).

O transtorno de ansiedade pode ser ainda mais notório nesta população, que está carregada de muito estresse, angústia e preocupações porque muitas vezes os familiares dos doentes são os que ficam com toda a responsabilidade das tarefas da casa, além de que muitas vezes tem que tomar decisões importantes e difíceis com respeito à família e ao estado de saúde dos doentes.

Para Zayas (2019), a ansiedade apresentada após a experiência da hospitalização por COVID-19 está configurada segundo a relação doente-família-equipe de saúde; para a família, é difícil assimilar que o ente querido está doente e que não pode beneficiar-se da medicina como ciência ou que não pode se curar, bloqueando os familiares num estado

permanente de ansiedade, originado principalmente da impotência de não saber o que fazer. A maioria dos familiares apresentou sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade. Além disso, a insônia também se evidencia em alguns destes familiares.

Eu sentia muita ansiedade, crises de pânico também, falta de concentração e dor no peito, mas ainda bem são só as vezes. A falta de concentração é mais constante, quando ela estava no hospital acontecia isso, quando meu pai respondia o celular, a ligação, eu pensava: meu Deus, algo ruim aconteceu (Familiar 1, filha).

Eu ficava muito preocupada o tempo todo e muito tempo eu não dormia, não comia direito, muita insônia, eu tomava chá. Passei muitos meses, nem sei a quantidade de tempo, mas muitos meses com insônia, ainda acordo umas duas vezes na noite, mas consigo dormir depois, não tem nem comparação naquela época que não dormia por semanas (Familiar 7, esposa).

Ainda tenho principalmente insônia e ataques de pânico frequentes, às vezes estou ansiosa de volta. (Familiar 10, filha).

Eu me preocupo antecipadamente, aconteceu de repente, uma ideia ruim e eu vou no hospital da mulher, me desespero, também tenho um problema de insônia, eu tomo um remédio para dormir, que o remédio não sai mais, nem efeito não faz, nem isso que eu passo eu passo às vezes de 6 dias sem dormir à noite (Familiar 15, irmã).

Em uma situação de muito estresse, pode aparecer o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a vivência da hospitalização de um familiar por uma pandemia mundial, provocada por uma doença nova, que estava matando muitas pessoas em todo o mundo, fato que poderia tornar-se traumático para os familiares dos pacientes que foram internados com COVID-19. O TEPT é muito frequente em veteranos de guerra, e, na atualidade, é frequente em pessoas que tiveram experiências próximas ou mais diretas ao coronavírus, como são os familiares de doentes COVID-19. Assim, o TEPT acontece aproximadamente seis meses após o evento traumático e o contexto pandêmico está altamente relacionado com o incremento de diagnóstico de TEPT na atualidade (YUAN *et al.*, 2021). Os pacientes do HUWC relataram sentimentos e pensamentos relacionados ao TEPT sobre essa experiência, também essas sequelas são maiores nos familiares de doentes que estiveram com maiores complicações de saúde.

Às vezes, parece assim que me dá uma sensação ruim, mesmo eu consciente, eu fico ouvindo um médico ainda falando comigo e o pessoal, tanta coisa sobre a saúde de minha irmã que me faz sentir uma pressão no peito, um medo de lembrar (Familiar 6, irmã).

Fico triste, eu não sou medroso, não tenho medo da doença, mas fico ansioso, preocupado quando se fala da doença e um sentimento bem ruim nesse momento, às vezes quando minha mãe chama, então, acho que é algo urgente, que pode ser algo ruim, fico com essa tensão (Familiar 5, filho).

Ainda são muito evidentes as sequelas mentais nesta população após essa experiência, não é fácil conseguir atenção psicológica pertinente, o que faz aumentar os riscos de que esta população não tenha um tratamento adequado para manejar os sintomas que hoje apresentam, o que poderia ajudar na prevenção do desenvolvimento de um transtorno mental e na gravidade dos sintomas.

Para Zayas (2019), são importantes a detecção e o tratamento precoce das doenças mentais para evitar o incremento e a gravidade destes na população, também evita a deterioração na qualidade de vida destas pessoas, e os comportamentos ou as condutas de risco como o suicídio. Todos os participantes consideram ter sequelas psicológicas causadas pela experiência da COVID-19, mas só dois dos participantes receberam atenção psicológica na sua vida e as duas tem um diagnóstico psicológico, mas esse atendimento e diagnóstico foram prévios ao COVID-19.

Eu tive depressão pós-parto 6 anos atrás, eu fiquei assim, eu fiquei com a doutora e me medicou, mas eu abandonei a medicação, daí tentei voltar no último ano, mas está lotado (Familiar 6, irmã).

Fui diagnosticada com ansiedade generalizada no 2019 mesmo e ainda tenho medicação (Familiar 10, filha).

Não, mas não tenho recebido atendimento psicológico, nunca e eu já procurei várias vezes nos últimos meses porque eu acho que eu tenho alguma coisa (Familiar 15, irmã).

Entre as sequelas psicológicas mais frequentes nos familiares dos pacientes internados com COVID-19 estão os sintomas relacionados ao Transtorno de Depressão e TEPT, que são provocados principalmente nos entrevistados que viveram lutos de familiares ou pessoas próximas, também de acordo com o grau de complexidade da doença do paciente que esteve internado, sendo mais frequente nos familiares de pacientes mais graves.

Quanto aos sintomas relacionados ao transtorno de ansiedade, foram mais comuns nesta população durante a hospitalização do paciente, pelas incertezas e medos que eles tinham longe do familiar doente. Uma alta porcentagem deles continua apresentando sintomas associados a esse transtorno, principalmente insônia. Enfim, todos os participantes deste estudo expressaram ter sequelas psicológicas após esta experiência.

#### ***9.4.4. Estratégias de enfrentamento dos familiares dos pacientes internados com COVID-19***

O papel dos profissionais de saúde nessa experiência foi fundamental, porque eles cumpriam a função denexo entre os pacientes e seus familiares, o que fazia com que a atitude deles durante esta experiência fosse facilitadora ou não para o enfrentamento da situação. Para Valadares (2010), além da tensão vivida pelos familiares em terem seu ente querido hospitalizado, eles ainda vivenciaram incertezas sobre a evolução e prognóstico, o que causa mais dificuldades que geram insegurança, desconfiança e medo somados aos sentimentos de impotência e dependência.

Se o profissional de saúde mostra acolhimento no compartilhamento de saberes, com certeza amenizara o sofrimento do familiar. Os familiares dos pacientes do HUWC tiveram diferentes opiniões quanto ao acolhimento por parte dos profissionais do hospital, ao contrário dos pacientes que todos expressaram se sentir acolhidos, nas famílias as perspectivas variaram.

O acolhimento foi regular, porque não tinham muita notícia por parte do hospital e eu tinha que ficar insistindo com o pessoal do hospital como é que ele está, como está? Uma resposta para mim era suficiente, eu acho que todo mundo estava se esforçando, todos os profissionais nesse momento (Familiar 3, filho).

Graças a Deus o atendimento de lá é maravilhoso, se todo atendimento fosse igual de lá, gera muito bem, como é que eu lhe digo? Muito bem aceito porque tem pessoas que trabalham pela profissão e temos que trabalhar só pelo dinheiro, então vê a diferença (Familiar 11, filha).

Sim, o atendimento foi bem melhor de quando a gente estava na UPA, os médicos que entravam em contato eram bem gentis, na verdade, está tudo bem, eu estou muito grata do atendimento do hospital, ela mesmo diz que o atendimento foi muito bom e não tem nenhuma sequela grave, né? (Familiar 14, irmã).

Hart (2020) ressalta a importância do *Copping* nas famílias de pessoas doentes, porque como cuidadores principais, ou pessoas mais próximas, são as estratégias de enfrentamento que serão o sustento e apoio para que esta população se mantenha equilibrada emocionalmente durante a doença do familiar, tempo em que é importante esse equilíbrio pela tomada de decisões ou enfrentamento de outras complicações inesperadas sobre a saúde do doente; são inúmeras as estratégias de enfrentamento que existem e podem ser aplicadas para reduzir os efeitos negativos na saúde mental dos familiares de pacientes com COVID-19, mas estas vão depender dos recursos pessoais como personalidade, crenças, experiências e fatores socioambientais como suporte social, influências do entorno e outras (WEISZ; MCCABE; DENNIG MD, 1994). A principal estratégia de enfrentamento dos familiares desses pacientes

e a mais usada por eles foi a religião, assim como o otimismo, aliado aos pensamentos e vibrações positivas.

Eu estava muito abalado e me aproximei na fé, e consigo orar e olhar com fé que as coisas iriam continuar nesse momento (Familiar 5, filho).

Ser positivos, e a gente sempre se apega muito a Deus, realmente eu procuro fazer desse jeito entregue até esta hora, entrego na mão de Deus, para que seja feito da melhor forma não tem que perder a esperança em Deus (Familiar 12, filha).

É um milagre um que Deus deu oportunidade de ela viver de novo, todo mundo rezando, a minha família, minha religião ajudou muito com que eu me levantasse (Familiar 13, filha).

Uma das principais estratégias de enfrentamento em situações como estas são as redes de apoio em quem confiam, pois sabe-se que uma situação de crise ocasionada por um familiar doente hospitalizado, com uma doença grave, pode afetar a estrutura do sistema de famílias completas. Por esta razão, a rede de apoio social e comunitária durante os momentos adversos tem um efeito mediador na proteção da saúde física e mental para a população em questão, atuando como determinante social de saúde (RIBEIRO, 2015).

Além do cuidado e união da família e de seu núcleo nos momentos de dificuldade, que fazem com que haja redução dos riscos de desestruturação familiar e possibilitam a preservação da saúde mental (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018). Para os familiares, as principais redes de apoio que tiveram durante a internação do paciente foram familiares e amigos.

Só minha cunhada e minha sobrinha, a gente se apoiava entre família mesmo (Familiar 2, irmã).

Eu recebi apoio dos meus amigos e de familiares também e as amigas de minha mãe que sempre ficaram de perto da gente, esse apoio também foi muito bom, ela teve essa sorte e o apoio social que eu senti no momento (Familiar 5, filho).

O apoio familiar, a gente rezando cansada nesse período, nós juntamos muito, a gente conversa, a gente chora, a gente estava junto (Familiar 15, irmã).

O autocuidado é uma responsabilidade de cada pessoa com sua integridade física e mental, o que repercute no ato de fazer ações para seu bem-estar e evitar ações para seu mal-estar; esta estratégia de enfrentamento é ideal para os familiares de doentes graves porque, em geral, focalizam seus esforços e energia na pessoa doente e, assim, esquecem de cuidados básicos e necessários sobre eles mesmo; assim, com estas estratégias de autocuidado, a pessoa

focaliza seu cuidado em si mesma e esse fator ajuda a que cuide melhor de doente e de dos demais membros da família (HART *et al.*, 2020).

Essas atividades de autocuidado são aprendidas segundo as crenças, cultura, hábitos e costumes de cada pessoa (BARBOSA; FASSARELLA; SOUZA, 2020). Só a metade dos participantes familiares realizam atualmente atividades de autocuidado, sendo a mais comum o exercício físico.

No momento nada, mas, hoje, quanto ao autocuidado, a atividade que eu me sinto bem é atividade física e que eu não deixo de fazer, que realmente é de escape (Familiar 2, irmã).

Desde o câncer, me exercito e tento meditar e comer mais frutas e legumes. Desembalar menos e descascar mais é meu lema! (Familiar 7, esposa).

Bem, minha mãe está bem e as coisas estão Ok, foi algo que passou e agora ser grato mesmo disso, atualmente eu faço academia, mas no momento que ela tava internada, não, nem pensar (Familiar 16, irmã).

Assim, com a vivência dessa experiência, os familiares usaram algumas estratégias de enfrentamento psicológico frente a essas crises e entre as mais usadas no tempo da hospitalização do paciente foi a fé em Deus e a ideia firme de manter os pensamentos positivos, criando uma “áurea de sustentação” psíquica.

No período da hospitalização, o acolhimento por parte dos profissionais do hospital, para a maioria dos familiares, foi regular, diferente da percepção dos pacientes, que expressaram se sentir muito satisfeitos com o acolhimento durante a internação. Os familiares também expressaram que as principais redes de apoio para eles foram a família e amigos próximos, atualmente só a metade deles realiza estratégia de enfrentamento relacionada ao autocuidado, sendo a única descrita por eles na entrevista o exercício físico.



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu compreender os processos psicológicos dos pacientes internados com COVID-19 no Hospital Universitário Walter Cantídio e de seus familiares, por meio das respostas às entrevistas aplicadas a esta população, através das quais expressaram seus sentimentos, pensamentos e emoções frente a essa experiência de saúde que foi inédita tanto para os pacientes como para os familiares deles, mas que tinham um potencial de apresentação de muitos riscos para a saúde mental, o que influenciou nesses processos psicológicos.

Foi possível conhecer os diferentes desafios vivenciados pelos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares durante a hospitalização, principalmente desafios de tipo psicológico, que foram provocados pelo desconhecimento e a gravidade da doença, também pelo contágio simultâneo de outros membros da família, por problemas econômicos ou outras questões psicossociais, ademais falta de contato físico pelos protocolos da pandemia nos hospitais e, em alguns casos, pela escassa comunicação direta entre pacientes e familiares e, por fim, outro dos grandes desafios foi a falta de apoio psicológico durante o período de internação e pós-alta.

Além disso, identificou-se os processos de perda e luto vivenciados pelos pacientes e seus familiares, provocados pela morte de pessoas próximas a eles, inclusive, em alguns casos, a vivência foi de falecimentos múltiplos, o que agravou o processo de luto. Essa população de pacientes e familiares atravessou também o luto antecipatório, por pensamentos de morte antes disso acontecer. Para os pacientes com COVID-19, houve o sentimento de perda de saúde tanto física quanto mental, depois de atravessar a doença, o que tem deixado muitas sequelas psicológicas nessa população.

Quanto às sequelas psicológicas, foram identificados principalmente sintomas relacionados ao transtorno de ansiedade, sendo mais frequente a insônia e prevalecendo até a atualidade também sintomas de depressão, que foram mais evidentes nas pessoas que perderam algum ente querido durante a pandemia. O mesmo aconteceu com os sintomas relacionados ao TEPT, que são apresentados por pacientes que estiveram internados nas UTIs e, no caso dos familiares, os sintomas do TEPT foram mais comuns nas pessoas que atravessaram a morte de alguém próximo, mas todos os entrevistados apresentavam uma ou várias dessas sequelas.

Finalmente, se apresentaram as estratégias de enfrentamento psicológico vivenciadas pelos pacientes COVID-19 e familiares, sendo a mais comum de todas a fé em Deus, ligada à religião ressaltando que essa era uma população considerada na sua maioria religiosa. Outra estratégia frequentemente citada por essa população foi o apoio familiar e de

pessoas próximas. Já quanto às estratégias de autocuidado, estão as atividades de exercício físico e alimentação saudável, mas são menos frequentes que o apoio social e a fé.

Este trabalho apresenta três principais contribuições teóricas, sendo a primeira contribuição desta pesquisa a compreensão dos processos psicológicos dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares, identificando que todos apresentaram sequelas psicológicas depois dessa experiência, mas alguns com maior afetação psicológica que outros e que o grau de afetação e sequelas psicológicas tem relação direta com os desafios e dificuldades que tenham vivenciado no momento e no contexto de cada pessoa, segundo o nível de gravidade da doença, a internação em UTI, relação com outras doenças físicas e psicológicas, luto de entes queridos e contexto socioeconômico como alguns determinantes sociais de saúde.

Este estudo contribui também na apresentação das estratégias de enfrentamento como ferramentas fundamentais no manejo das sequelas psicológicas que esta população apresentou após a experiência de adoecimento por COVID-19. A importância do uso das estratégias de enfrentamento psicológico é evidente nessa população, porque quanto maior o uso delas, menores são as chances de desenvolvimento das sequelas psicológicas.

Tais estratégias se apresentaram principalmente para aqueles participantes que contaram com boas redes de apoio, pois são os que mostraram menor afetação psicológica e menos sintomatologia relacionada aos transtornos psiquiátricos; outra estratégia chave para o enfrentamento psicológico da internação hospitalar com COVID-19, tanto para pacientes quanto familiares, foi a fé em Deus, associada à religião, que cumpre um papel fundamental para o suporte psicológico da população mencionada. Quanto às estratégias de autocuidado, estão os hábitos saudáveis como o exercício físico e alimentação balanceada, mas são as estratégias menos usadas em comparação às anteriores.

Outras das contribuições desta pesquisa foi identificar a alta necessidade de atendimento nos serviços de saúde mental por parte dos pacientes que foram internados com COVID-19 e seus familiares. A maioria destes indivíduos ainda hoje mostra sequelas psicológicas e, alguns, sintomatologia psiquiátrica, necessitando de atenção profissional urgente para ter uma avaliação psicológica que permita saber se existe uma doença psiquiátrica e, assim, eles serem encaminhados ao tratamento adequado.

Muitas destas pessoas nunca tiveram atenção psicológica, nunca pensaram precisar dela ou jamais procuraram por ela. Na atualidade, porém, afirmam precisar com urgência, valorando a importância da saúde mental em suas vidas. No entanto, existe uma grande

demanda deste serviço na atualidade, o que impossibilita a acessibilidade imediata à atenção psicológica no sistema público de saúde.

Assim, a presente pesquisa aporta significativamente com a informação necessária para que as políticas públicas de saúde mental sejam revisadas, analisadas e implementadas, considerando os recursos econômicos, materiais e humanos para melhorar sua funcionalidade, com destaque para os CAPS, com o aumento na quantidade de profissionais de saúde mental para atender a população que esteja precisando deste serviço.

É preciso considerar a importância que tem esse aspecto da saúde, que não pode ser negligenciado ou negado para ninguém, ainda mais uma população que apresenta as sequelas psicológicas que a pandemia tem deixado e que precisa de diagnóstico e planificação de tratamento adequado e a tempo, segundo a respectiva afetação psicológica que estas pessoas manifestem e, assim, conseguirem bem-estar mental para desfrutar de qualidade de vida, situação que hoje não é possível porque o serviço de saúde mental está colapsado, pelo que se sugere aplicar a funcionalidade integral e universal do SUS.

Outra contribuição, no sentido de sugestão prática para o funcionamento do serviço de saúde, é a implementação de atenção psicológica aos pacientes de COVID-19 ou outras doenças graves e crônicas durante a hospitalização, de maneira imediata e com o acompanhamento profissional dos psicólogos para que nas futuras emergências sanitárias, ou em casos em que o paciente precise de assistência psicológica enquanto permanecer internado, esse serviço possa ser acessível na sua estadia no hospital e assim ofertar ao paciente um serviço de saúde integral, pelo que é necessário implementar a quantidade de profissionais de psicologia nos hospitais, segundo a demanda. É importante mencionar que, na atualidade, existe atenção psicológica em alguns serviços hospitalares do Ceará, mas não houve no serviço HUWC da UTI-COVID, no contexto em que foi evidente a importância desse suporte profissional.

Destaca-se como uma das especificidades deste estudo que a maior parte da população entrevistada, entre pacientes e familiares, foi do gênero feminino, sendo VINTE EU UMA (21) mulheres e onze (11) homens. É possível que, numa população majoritariamente masculina, os resultados variassem por processos psicológicos diferentes, segundo o gênero. Como outra especificidade encontrada, tem-se o fator socioeconômico dessa população, em que a maioria pertence à classe social C1 e C2, com uma renda mensal baixa e, possivelmente, os

resultados desse estudo poderiam variar caso tivesse sido aplicado a uma população com outra realidade socioeconômica.

Após esta investigação, é recomendável realizar novas pesquisas referentes à saúde mental e aos processos psicológicos nas populações que viveram a experiência da COVID-19 mais de perto, ampliando o estudo a pessoas que enfrentaram perdas e lutos, aprofundando nas sequelas que foram mais comuns nesta população como a ansiedade, depressão e o TEPT em pacientes de UTIS e nos sintomas mais persistentes como a insônia.

Sugere-se, também, promover estudos sobre a importância das estratégias psicológicas para o enfrentamento dessas experiências, criando um trabalho multidisciplinar entre os profissionais de saúde para fortalecer estratégias de enfrentamento, principalmente as de autocuidado, que têm potencial para melhorar a saúde integral, em seus aspectos físicos e psicológicos e ainda são pouco utilizadas e divulgadas como aliadas na promoção da saúde individual e coletiva.

## REFERÊNCIAS

AJMC. THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE. **A Timeline of COVID-19 Vaccine Developments for the Second Half of 2021**. [S. l.: s. n.], 23 Dec. 2021. Available at: <https://www.ajmc.com/view/a-timeline-of-covid-19-vaccine-developments-for-the-second-half-of-2021>. Accessed on: 30 mar. 2022.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, [S. l.], v. 3, n. 2, pág. 273–294, 1998. DOI: 10.1590/S1413-294X1998000200006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 5 mai. 2022.

ARAÚJO, C. L. Capítulo 1: Legado e novas regras na saúde brasileira. *In*: **Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2020.

ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia do SARS-CoV-2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. suplemento 2, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0247. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001400402&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400402&tlng=en). Acesso em: 16 jun. 2022.

ARAÚJO HERNÁNDEZ, M.; GARCÍA NAVARRO, S.; GARCÍA-NAVARRO, E. B. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisão narrativa. **Enfermería Clínica**, [S. l.], v. 31, pág. S112–S116, 2021. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.05.011. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862120303089>. Acesso em: 18 mar. 2022.

ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU. **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (217 [III] A). Paris. 1948. Disponible en: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf). Acesso em: 29 mar. 2022.

AYALA, N. **La histórica caída de petróleo a nivel global**. 27 Apr. 2020. Disponible em: [https://www.ey.com/es\\_cr/energy-reimagined/la-historica-caida-de-petroleo-a-nivel-global](https://www.ey.com/es_cr/energy-reimagined/la-historica-caida-de-petroleo-a-nivel-global). Acesso em: 24 mar. 2022.

BARBOZA, N. S. R.; FASSARELLA, C. S.; SOUZA, P. A. de. Autocuidado em freiras carmelitas descalças à luz da Teoria de Orem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**,

vol. 54, nº. 036037, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019009903637>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/c9GD6yw8CngJWDjjwMx5YCP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, M. L. Health inequalities: a global perspective. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, nº 7, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/en\\_1413-8123-csc-22-07-2097.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/en_1413-8123-csc-22-07-2097.pdf). Acesso em: 12 dez. 2021.

BECERRA-CANALES, B.; CAMPOS-MARTÍNEZ, H. M.; CAMPOS-SOBRINO, M.; AQUIJE-CÁRDENAS, G. A. Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida del paciente post-COVID-19 en Atención Primaria. **Atención Primaria**, vol. 54, nº 10, 2022. DOI <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102460>. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-trastorno-estres-postraumatico-calidad-vida-S0212656722001809>. Acceso en: 7 dez. 2022.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. 8ª ed. Metrópolis: Vozes, 2011.

BOWLBY, J. **La Perdida Afectiva**. Barcelona: Paidós, 1993. vol. 2.

BRASIL, Constituição (1988). **Artigos 196 a 200**. Seção II: da Saúde. Presidência da República, Casa Civil. Brasília-DF. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Dispõe sobre medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União. Poder Executivo**. Edição 64-A, seção 1, página 1. Brasília, DF, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>. Acesso em: 4 abr. 2022.

BRASIL. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União. Poder Executivo**. Edição 163, seção 1, página 55. 23 ago 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>. Acesso em: abr. 2022.

BRITO, C. **Rio registrou aumento de 31% no número de turistas durante o carnaval**. Rio de Janeiro: G1, 02 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de->

janeiro/carnaval/2020/noticia/2020/03/02/rio-registrou-aumento-de-31percent-no-numero-de-turistas-durante-o-carnaval.ghml. Acesso em: 4 abr. 2022.

BUENO, F. T. C.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C. et al. (Org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatorio Covid-19: FIOCRUZ, 2021. p. 27–39. Available at: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-03.pdf>. Accessed on: 2022.

CALABRIA, M.; GARCÍA-SÁNCHEZ, C.; GRUNDEN, N.; PONS, C.; ARROYO, J. A.; GÓMEZ-ANSON, B.; ESTÉVEZ GARCÍA, M. del C.; BELVÍS, R.; MOROLLÓN, N.; VERA IGUAL, J.; MUR, I.; POMAR, V.; DOMINGO, P. Post-COVID-19 fatigue: the contribution of cognitive and neuropsychiatric symptoms. **Journal of Neurology**, vol. 269, no. 8, p. 3990–3999, 30 Apr. 2022. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11141-8>. Accessed on: 18 nov. 2022.

CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Covid-19: novo decreto libera eventos sem limite de capacidade no Ceará**. Fortaleza, 5 mar. 2022. Disponível em: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2022/03/07/covid-19-novo-decreto-libera-eventos-sem-limite-de-capacidade-no-ceara/>. Acesso em: 1 abr. 2022.

CAMPOS, M. R.; SCHRAMM, J. M. de A.; EMMERICK, I. C. M.; RODRIGUES, J. M.; AVELAR, F. G. de; PIMENTEL, T. G. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, nº. 11, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311x00148920>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n11/1678-4464-csp-36-11-e00148920.pdf>. Acesso em: 12 apr. 2022.

CARVALHO, T. S.; MOTA, D. M.; SAAB, F. Utilização do software IRaMuTeQ na análise de contribuições da sociedade em processo regulatório conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, vol. 8, nº. 1, p. 10–21, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570566590003/movil/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CASTRO, A. P. C. R. de; NASCIMENTO, J. dos S.; PALLADINI, M. C.; PELLOSO, L. R. C. do A.; BARBOSA, M. H. L. Dor no Paciente com Síndrome Pós-COVID-19. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, vol. 5, nº. 2, p. 56–62, 9 Aug. 2021. DOI <https://doi.org/10.35753/rchsi.v5i2.204>. Disponível em: <https://revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br/index.php/RCHSI/article/view/204/189>. Acesso em: 24 mar. 2022.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 31, nº. 1, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310100>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2021.v31n1/e310100/pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

CLARK, H.; JOHNSON SIRLEAF, E. COVID-19: Make it the Last Pandemic. **The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response**, may 2021. Available at:

[https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic\\_final.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf). Accessed on: 28 dec. 2021.

DA SILVA, F. D. B. **Uma perspectiva histórica sobre o conceito de saúde, o Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador**. 2012. Dissertação de Graduação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20180123095420.pdf>. Acesso em: apr. 2022.

DANTAS, C. de R.; AZEVEDO, et al. O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 23, nº. 3, p. 509–533, Sep. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SgtgR9xSwqBSYjr5Mm3WSwG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: jan. 2022.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M. Assessment of social support in early intervention programs. **Early childhood intervention**. New York: Walter de Gruyter, 1990. p. 326–349.

EAKIN, J. M.; GLADSTONE, B. “Value-adding” Analysis: Doing More with Qualitative Data. **International Journal of Qualitative Methods**, vol. 19, nº. 11, 1 jan. 2020. DOI <https://doi.org/10.1177/1609406920949333>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406920949333>. Acesso em: 22 fev. 2022.

EL SAYED, S.; GOMAA, S.; SHOKRY, D.; KABIL, A.; EISSA, A. Sleep in post-COVID-19 recovery period and its impact on different domains of quality of life. **The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery**, vol. 57, nº. 1, dec. 2021. <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00429-7>. Accessed on: 1 feb. 2022.

FARO, A.; DE ANDRADE, M.; DE CASSIA, T.; REIS, C. **COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado**. Estudos de Psicologia Campinas, vol. 37, nº. e200074, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/>. Acesso em: 13 apr. 2022.

FERNANDES, T. **Boletim médico, plantão informativo e acolhimento familiar: as três estratégias de contato com parentes de internados no HRN**. Governo do Estado do Ceará. 22 apr. 2021. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2021/04/22/boletim-medico-plantao-informativo-e-acolhimento-familiar-as-tres-estrategias-de-contato-com-parentes-de-internados-no-hrn/>. Acesso em: 13 apr. 2022.

FERNANDEZ, M.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Redes**, vol. 6, nº. 2, p. 7–21, 2020. DOI <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3150g485>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3150>. Acesso em: 3 mar. 2022.

FERRER, L. P. El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. **Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida**, vol. 4, nº. 7, p. 188–199, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i7.670> Disponible em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407744>. Acceso em: 23 mar. 2022.



FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Revista Psicologia Política**, vol. 19, nº. 44, p. 78–87, 1 abr. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-549X2019000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2019000100009). Acesso em: 19 mai 2022.

FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 46, nº. 4, p. 839–852, 1984. DOI <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.839>. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6737195/>. Accessed on: 1 May 2022.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 48, no. 1, p. 150–170, 1985. DOI <https://doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2980281/>. Accessed on: 3 may 2022.

FONTANELLA, B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 27, no. 2, p. 389–394, fev. 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020> Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v27n2/20.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v27n2/20.pdf). Acesso em: mai. 2022.

FONTES, W. H. D. A.; ASSIS, P. C. P. de; SANTOS, E. P. dos; MARANHÃO, T. L. G.; LIMA JÚNIOR, J.; GADELHA, M. do S. V. Perdas, Morte e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura. ID on line **Revista de Psicologia**, vol. 14, nº. 51, p. 303–317, 30 jul. 2020. DOI <https://doi.org/10.14295/online.v14i51.2557>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2557>. Acesso em: 1 nov. 2021.

FRANCO-GIRALDO, Á. Salud global: una visión latinoamericana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 39, no. 2, p. 128–136, 1 Feb. 2016. Disponible em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/128-136>. Acesso em: 31 mar. 2022.

FRUGOLI, A. G.; PRADO, R. de S.; SILVA, T. M. R. da; MATOZINHOS, F. P.; TRAPÉ, C. A.; LACHTIM, S. A. F. Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 55, nº. e03736, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020028303736>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/G6LTwYzSPqcGS6D7xw47bpL/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Boletim Covid-19** - Boletim Extraordinário. [S. l.]: FIOCRUZ Ministério da Saúde, 16 mar. 2021. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim\\_extraordinario\\_2021-marco-16-red-red-red.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf). Acesso em: mar. 2022.

GAINO, L.; DE SOUZA, J.; CIRINEU, C.; TULIMOSKY, T. **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, vol. 14, nº. 2, p. 108–116, jun. 2018. DOI <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/07.pdf>. Acesso em: apr. 2022.

GARCÍA DE BLAS, E. **Estos son los comercios que no cierran tras el decreto de alarma**. EL PAÍS, 14 mar. 2020. Disponible en: <https://elpais.com/espana/2020-03-14/estos-son-los-comercios-que-no-cierran-tras-el-decreto-de-alarma.html>. Acceso en: 18 mar. 2022.

GONZALEZ- RODRIGUEZ, A.; LABAD, J. Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. **Medicina Clínica**, vol. 9, nº. 155, p. 392–394, 2020. DOI <https://doi.org/10.1016>. Disponible em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-avance-resumen-salud-mental-tiempos-covid-reflexiones-S002577532030525X>. Acceso en: 20 mar. 2022.

GONZÁLEZ-CASTRO, A.; CUENCA FITO, E.; FERNANDEZ, A.; ESCUDERO ACHA, P.; RODRÍGUEZ BORREGÁN, J. C.; PEÑASCO, Y. Primera y segunda oleada de enfermedad por coronavirus-19: un estudio comparativo en pacientes hospitalizados en una UCI de un hospital universitario de tercer nivel. **Revista de Medicina Intensiva**, vol. 46, no. 0210-569, mar. 2021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.02.009>. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7938862/>. Accessed on: 12 Apr. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Ceará inicia vacinação contra a Covid-19**. 18 jan.2021a.. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2021/01/18/ceara-inicia-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 5 abr. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Decreto N° 34.488, de 24 de dezembro de 2021. Prorroga o isolamento social no Estado do Ceará, nos termos do Decreto nº 34.458, de 11 de dezembro de 2021. **Diário Oficial do Estado do Ceará**. Casa Civil. Fortaleza, Ceará. Disponível em <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2022/01/do20211224p01-DECRETO-No34.488-de-24-de-dezembro-de-2021.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

HANNEMANN, J., et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical staff considering the interplay of pandemic burden and psychosocial resources-A rapid systematic review. **PLOS ONE**, vol. 17, nº. 2, fev. 2022. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264290>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8863237/pdf/pone.0264290.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

HART, J. L.; TURNBULL, A. E.; OPPENHEIM, I. M.; COURTRIGHT, K. R. Family-centered care during the COVID-19 era. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol. 60, nº. 2, abr. 2020. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7175858/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. **Medicentro Electrónica**, vol. 24, no. 3, p. 578–594, 1 Sep. 2020. DOI <https://doi.org/10293043> Disponible em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578). Acceso em: 20 jan. 2022.

HOLSHUE, M.; DEBOLT, C.; LINDQUIST, S.; LOFY, K. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. **New England Journal of Medicine**, vol. 382, nº. 929-36, 29 jan. 2022. DOI <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191>. Available at: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001191>. Accessed on: 12 mar. 2022.

HORTON, R. *The COVID-19 Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again*. 6th ed. **Cambridge: Polity Press**, 2020. vol. 1. Available at: [https://books.google.com.br/books?id=OdHoDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=OdHoDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Accessed on: 9 jan. 2022.

HUARCAYA-VICTORIA, J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, vol. 37, n° 2, p. 327–34, 21 apr. 2020. DOI <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>. Disponible: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>. Acceso en: 26 feb. 2022.

KAMPS, B.; HOFFMANN, C. **Covid Reference**. 6th ed. Hamburg: Steinhauser Verlag, 2021. vol. 1. Available at: [https://amedeo.com/CovidReference06\\_es.pdf](https://amedeo.com/CovidReference06_es.pdf). Accessed on: dec. 2021

KERR, L.; et al. COVID-19 no Nordeste do Brasil: primeiro ano de pandemia e incertezas que estão por vir. **Revista de Saúde Pública**, vol. 55, n° 35, 9 apr. 2021. DOI <https://doi.org/2021055003728>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2021.v55/35/pt>. Accessed on: apr. 2022.

KERR, L.; et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n° suppl 2, p. 4099–4120, out. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25suppl2/4099-4120/pt>. Acesso em: 22 jul. 2021.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 10th ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LACASTA-REVERTE, M. A; et al. Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. **Medicina Paliativa**, vol. 27, n° 3, 2020. DOI <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020>. Disponible em: [https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/1421/2/08.%20AE\\_Lacasta.pdf](https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/1421/2/08.%20AE_Lacasta.pdf). Acceso en: 24 jan. 2022.

LIMA, D. L. F.; et al. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, no. 5, p. 1575–1586, mai 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.07192020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BtsPz7tPKSdfhTRKMzFCYCR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

LONDOÑO, E.; MILHORANCE, F. **Brasil, devastado por la covid, enfrenta una epidemia de hambre**. *The New York Times*. 23 Apr. 2021. Disponible em: <https://www.nytimes.com/es/2021/04/23/espanol/covid-brasil-hambre.html>. Acceso en: 21 feb. 2022.

LUNA, I. J. Sentidos da integralidade no fazer psicológico em saúde pública. **Revista Psicologia e Saúde**, vol. 6, n° 2, p. 1–10, 1 dez. 2014. DOI <https://doi.org/1400020>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200002). Acesso em: 2 apr. 2022.

MACHADO, B. M.; DAHDAH, D. F.; KEBBE, L. M. Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 26, n.º. 2, p. 299–313, 2018. DOI <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoa01188>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/NBGPMpwyJCKKPPVnmHsSz7P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MACIEL, E.; FERNANDEZ, M.; CALIFE, K.; GARRETT, D.; DOMINGUES, C.; KERR, L.; DALCOLMO, M. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27, no. 3, p. 951–956, 11 mar. 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YFbPSKJvkTj4V3pXd8b7yvJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MASSOCATTO F.; CODHINOTO E. Luto antecipatório: cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada. **Revista FAROL**, vol. 11, n.º. 11, p. 128–143, 2020. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/262/0>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MATTA, G.; REGO, S.; SOUTO, E.; SEGATA, J. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. **Série Informação para ação na Covid-19**, Fiocruz, 2021. a. DOI: 10.7476/9786557080320. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MCCOY, D. Critical global health: Responding to poverty, inequality and climate change: comment on “Politics, power, poverty and global health: Systems and frames”. **International Journal of Health Policy and Management**, vol. 6, n.º. 9, oct. 2017. DOI <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.157>. Available at: <https://go-gale.ez11.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE%7CA504724027&v=2.1&it=r>. Accessed on: 29 mar. 2022.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13th ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINIHAN, E.; GAVIN, B.; KELLY, B. D.; MCNICHOLAS, F. Covid-19, Mental Health and Psychological First Aid. **Irish Journal of Psychological Medicine**, vol. 4, n.º. 37, p. 1–12, 14 may 2020. DOI <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.41>. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404221/>. Accessed on: 10 jul. 2022.

MINISTERIO DE EDUCAÇÃO. Assessoria de Comunicação Social do MEC com informações do Ebserh. **Iniciativa de Hospital da Rede Ebserh/MEC em Fortaleza facilita comunicação com familiares de pacientes internados**. Fortaleza, 27 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/iniciativa-de-hospital-da-rede-ebserh-mec-em-fortaleza-facilita-comunicacao-com-familiares-de-pacientes-internados>. Acesso em: apr. 2022.

MOHAMMADI, F.; OSHVANDI, K.; SHAMSAEI, F.; CHERAGHI, F.; KHODAVEISI, M.; BIJANI, M. The mental health crises of the families of COVID-19 victims: a qualitative study. **BMC Family Practice**, vol. 22, n.º. 1, p. 1–7, 1 may 2021. DOI <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01442-8>. Available at:

<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01442-8>. Accessed on: 27 jan. 2022.

MONTENEGRO DE LIMA, C. R.; SÁNCHEZ-TARRAGÓ, N.; MORAES, D.; GRINGS, L.; MAIA, M. R. Emergência de saúde pública global por pandemia de Covid-19. **Folha de Rosto**, vol. 6, nº. 2, p. 5–21, 11 may 2020. DOI <https://doi.org/10.46902/2020n2p5-21>. Disponível em: <https://periodicos.ufca.edu.br/ojs/index.php/folhaderosto/article/view/490>. Acesso em: 5 mai. 2022.

MONTESUMA, F. G.; FÉ, M. A. B. M.; GOMES, S. C. C.; FERNANDES, T. C. de L.; SAMPAIO, J. J. C. Saúde pública no Ceará: Uma sistematização histórica. **Revista Científica Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues**, vol. 2, nº. 1, p. 06-19, 2006. Available at: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/14/12>. Accessed on: 2022.

MOREIRA R., A.; et al. Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, vol. 56, nº. 4, p. 219–227, 2018. DOI <https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000400219>. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272018000400219](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000400219). Acceso en: 19 nov. 2022.

MORIN, C. M.; et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. **SleepMedicine**, vol. 87, p. 38–45, nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.035>.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 15, nº. 42, p. 2532, 18 set. 2020. DOI [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 28 dez. 2020.

NASCIMENTO, L. P.; SANTOS, J. P.; SIQUEIRA, M. da C. C. Coronofobia e as desordens psíquicas emergentes na Pandemia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, vol. 7, nº. 10, p. 3370–3390, 29 nov. 2021. DOI <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.3141>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3141>. Acesso em: 28 dez. 2022.

OLIVEIRA, E. N.; et al. Projeto Vida em Quarentena: estratégia para promoção da saúde mental de enfermeiros diante da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, vol. 11, nº. 1.ESP, 3 ago., 2020. DOI <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3741>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3741>. Acesso em: 2022.

OLIVEIRA, E. N.; et. al. Com a palavra os profissionais de saúde na linha de frente do combate à COVID-19. **Research, Society and Development**, vol. 9, nº. 8, p. e30985145–e30985145, 20 jun. 2020. DOI <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5145>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5145/4375>. Acesso em: 20 jul. 2022.

OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, vol. 38, nº. 1, p. 229–242, 9 fev. 2012. DOI

<https://doi.org/10.1590/s1517-97022012005000002>. Disponível em:  
<https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/28336>. Acesso em: 5 fev. 2022.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. [S. l.: s. n.], 1946.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público**. 2020. Available at:  
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.  
 Accessed on: 23 jan. 2022.

ONU MUJERES. **La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento**. Abr. 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>.  
 Acceso en: 22 abr. 2022.

ONU. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3)**, Santiago. 2018. Disponible em:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf). Acceso em:  
 30 mar. 2022.

ONU. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Marco de la ONU para la respuesta socioeconómica inmediata ante el COVID-19**. Abr. 2020. Disponible en:  
[https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-06/ES\\_UN-Framework-Report-on-COVID-19.pdf](https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-06/ES_UN-Framework-Report-on-COVID-19.pdf). Acceso en: 25 mar. 2022.

ONU. THE UNITED NATIONS ORGANIZATION. **Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. 2022**. ONU Mujeres: América Latina y el Caribe. Disponible em:  
<https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/07/informe-el-impacto-de-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe>. Acceso em: 22 dez. 2022.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da Pandemia do Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ORELLANA, J. D. Y.; MARRERO, L.; HORTA, B. L. Letalidade hospitalar por COVID-19 em quatro capitais brasileiras e sua possível relação temporal com a variante Gama, 2020-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 30, n°. 4, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000400024>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ress/a/BFQXknLkP36btJkvYK3xqcS/?lang=en>. Acesso em: 14 dez. 2021.

OREM, D. E. A concept of Self-Care for the rehabilitation client. **Rehabilitation Nursing**, vol. 10, n°. 3, p. 33–36, 6 may 1985. DOI <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x>. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3846326/>. Accessed on: 16 May 2022.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista Debates em**

**Psiquiatria**, vol. 10, nº. 2, p. 12, 2020. DOI <https://doi.org/10.25118/2236-918x-10-2-2>. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/35>. Acesso em: 22 abr. 2022. PACHECO, O. *Diseño de Tesis. Doctorado y Maestrías*. Guayaquil: Editorial Nueva Luz, 2010.

PAIVA, C. H. A. A OPAS em foco: uma história das relações internacionais em saúde na América. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 13, nº. 1, p. 177–182, mar. 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/s0104-59702006000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/PMwHGqmbB9HQpD3hKGTc7Md/?lang=pt>. Accessed on: 4 Dec. 2021.

PEREIRA, H. S.; MONTEIRO, A. E.; AMORIM, P. B. Vivência de familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de Nanuque (MG) para tratamento de COVID-19. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, vol. 2, nº. 9, p. e29714–e29714, 9 out. 2021. DOI <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.714>. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/714/590>. Acesso em: 20 out. 2022.

PIERRE, R.; HARRIS, P. COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. **Revista Chilena de Pediatría**, vol. 91, nº. 2, p. 179–182, 1 abr. 2020. DOI <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157>. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000200179](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000200179). Acceso en: 20 out. 2022.

PORTAL COVID-19 BRASIL. **Monitorio de nuevas muertes confirmadas de COVID-19 - Estado do Ceará**, jan. 2022. Disponible en: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/ce-br/>. Acceso en: 3 abr. 2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Catálogo de Serviços** – Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. 2018. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude>. Acesso em: 20 abr. 2022.

QUADROS, L. C. de T.; CUNHA, C. C. da; UZIEL, A. P. Acolhimento psicológico e afeto em tempos de Pandemia: práticas políticas de afirmação da vida. **Psicologia & Sociedade**, vol. 32, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240322>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/syD3N3qJCwS6qxDZqSr8Vzy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

RAMIREZ, A. **Metodología de la investigación científica**. [S. l.]: Pontificia Universidad Javeriana, 2010.

RIBEIRO, K.G. **Os determinantes sociais da saúde no grande Bom Jardim – Fortaleza (CE)**. 2015. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina. Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11980>. Acesso em: 10 mai. 2020.

RIDDER, D.; SCHREURS, K. **Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases**. *Clinical Psychology Review*, vol. 17, nº. 1, p. 89–112, 1997. DOI [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(96\)00050-5](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(96)00050-5). Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735896000505>. Accessed on: 15 may 2020.

SÁNCHEZ- VILLENA, A. R.; DE LA FUENTE - FIGUEROLA, V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? **Revista Anales de Pediatría**, vol. 93, nº. 1, p. 73–74, 1 jul. 2020. DOI

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>. Disponible em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301776>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SANHUEZA-SANZANA, C.; AGUIAR, I. W. O.; ALMEIDA, R. L. F.; KENDALL, C.; MENDES, A.; KERR, L. R. F. S. Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 30, nº. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300022>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/X9JPKGqnV9ZyXWYDx4KVNWd/?lang=pt>. Acesso em: 1 abr. 2022.

SANTOS TOMAZI, Betina et al. ELMO, uma nova interface de capacete para CPAP para tratar insuficiência respiratória hipoxêmica aguda relacionada ao COVID-19 fora da UTI: um estudo de viabilidade. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S. L.], pág. e20210349, 2022. DOI: 10.36416/1806-3756/e20210349. Disponível em:

<http://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3637/en-US/elmo--a-new-helmet-interface-for-cpap-to-treat-covid-19-related-acute-> insuficiência respiratória hipoxêmica fora da UTI - um estudo de viabilidade. Acesso em: 1 set. 2022.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Saúde Coletiva**, vol. 17, nº. 1, p. 29–41, 15 mar. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: abr. 2022.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE CEARÁ. **Rede SESA**: Secretaria da Saúde do Ceará. 2017. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/principal-2-2/servico/redesesa-2/>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, nº. suppl 1, p. 2469–2477, jun. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t5Vg5zLj9q38BzjDRVCxbsL/?lang=pt#>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SRITHARAN, J.; SRITHARAN, A. Emerging Mental Health Issues from the Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic. **The Asian Institute of Research Journal of Health and Medical Sciences**, vol. 3, nº. 2, p. 157–162, 2020. DOI

<https://doi.org/10.31014/aior.1994.03.02.109>. Available at:

[https://www.researchgate.net/publication/340903570\\_Emerging\\_Mental\\_Health\\_Issues\\_from\\_the\\_Novel\\_Coronavirus\\_COVID-19\\_Pandemic](https://www.researchgate.net/publication/340903570_Emerging_Mental_Health_Issues_from_the_Novel_Coronavirus_COVID-19_Pandemic). Accessed on: jan. 2022.

STATISTA. Statista Research Department. **Coronavirus en Latinoamérica**: países con más casos. 2022. Disponível em: <https://es.statista.com/estadisticas/1105121/numero-casos-covid-19-america-latina-caribe-pais/>. Acesso em: mar. 2022.

STEWART, M., et, al. **Medicina Centrada na Pessoa**: Transformando o Método Clínico. [S. l.]: Artmed Editora, 2017.



TANOUE, Y., et al. Mental health of family, friends, and co-workers of COVID-19 patients in Japan. **Psychiatry Research**, vol. 291, no. 113067, p. 113067, Sep. 2020. DOI <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113067>. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/340903570\\_Emerging\\_Mental\\_Health\\_Issues\\_from\\_the\\_Novel\\_Coronavirus\\_COVID-19\\_Pandemic](https://www.researchgate.net/publication/340903570_Emerging_Mental_Health_Issues_from_the_Novel_Coronavirus_COVID-19_Pandemic). Accessed on: 20 apr. 2022.

VANZELLI, S. R. C. B.; PALEARI, A. P. G.; FABRI, E. C. COVID-19: reflexões sobre o isolamento social pela perspectiva da psicologia fenomenológico-existencial. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, n. 8, pág. 85143–85157, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-633. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/35156>. Acesso em: 20 fev. 2022.

WEISZ, J. R.; MCCABE, M. A.; DENNIG, M. D. Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: adjustment as a function of coping style. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 62, nº. 2, p. 324–332, 1 apr. 1994a. DOI <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.2.324>. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8201070/>. Accessed on: 4 apr. 2022.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, no. 55, p. 1121–1132, Dec. 2015a. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LBVxWYCLX8tCVPB3jkJSCGQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological update on COVID-19**. 20 Apr. 2022a. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-april-2022>. Accessed on: 20 apr. 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health**. 2 oct. 2019a. Available at: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>. Accessed on: 20 apr. 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders: **Global Health Estimates**. 2017a. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=AB571C67D9E6C3CED2BCD2A30FEB0B88?sequence=1>. Accessed on: 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations for International traffic in relation to COVID-19 outbreak**. 2020d. Available at: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>. Accessed on: 12 jan. 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cobertura Sanitaria Universal**. 2021a. Available at: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). Accessed on: 29 mar. 2022.

WORDEN, J. **El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia**. Barcelona: Grupo Planeta, 2018.

WORLD BANK. **La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial.** 8 jun. 2020a. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>. Acceso en: 24 jan. 2022.

XIE, Y.; XU, E.; AL-ALY, Z. Risks of mental health outcomes in people with COVID-19: cohort study. **BMJ**, vol. 376, p. e068993, 16 feb. 2022a. DOI <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993>. Available at: <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-068993>. Accessed on: 21 feb. 2022.

XIMENES, R. A. A. Covid-19 no Nordeste do Brasil: Entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, vol. 26, nº. 4, Apr. 2021a. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-nordeste-do-brasil-entre-o-lockdown-e-o-relaxamento-das-medidas-de-distanciamento-social/17913?id=17913>. Acesso em: 20 abr. 2022.

YASUI, S.; BARZAGHI, N. História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Convención Internacional de Salud**, 2018b. Disponible em: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/792/895>. Acceso en: 20 abr. 2022.

YUAN, K., et. al. Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. **Molecular Psychiatry**, vol. 26, p. 4982–4998, 4 feb. 2021a. DOI <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7861006/>. Accessed on: 20 apr. 2022.

ZAYAS, G. Cómo atender a la familia del enfermo terminal. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, vol. 22, nº. 1, 2019a. DOI <http://doi.org/6000100010> Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100010). Acceso em: 20 abr. 22.

**APÊNDICE A - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE  
ENTREVISTAS APLICADAS PARA PACIENTES INTERNADOS COM  
COVID-19**

Senhor/a, a entrevista tem como objetivo recolher informação que permita investigar o seguinte tema: **“Pandemia de COVID-19 e saúde mental: percepção de pacientes e seus familiares”**

**QUESTIONARIO SOCIODEMOFIGURA:**

Declaro, para todos os fins, que eu li as informações contidas neste documento e aceito o convite para colaborar nesta pesquisa respondendo ao questionário seguinte.

Sim

Não

Telefone com DDD \_\_\_\_\_

Tempo que esteve hospitalizado? \_\_\_\_\_

---

Sexo?

Feminino

Masculino

Prefiro não informar

Qual a sua idade? \_\_\_\_\_

---

Onde você reside?

interior

Capital (Fortaleza)

Se você reside no interior, qual a sua cidade? \_\_\_\_\_

---

Raça/Cor?

Parda

Negra

Branco

Indígena

Qual seu estado civil?

Solteiro (a)

União estável

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

Outros

Você tem filhos?

Se sim na questão anterior, quantos?

1

- 2
- 3
- 4
- 5

Você possui alguma doença crônica ou comorbidades?

- Não
- Hipertensão
- Cardiopatia
- Diabetes
- Doença Pulmonar (Asma, DPOC)
- Doença Hepática (Hepatite)
- Câncer
- Doença Renal
- Obesidade
- Doença Neurológica ou neuromuscular
- Infecção pelo HIV ou imunodeficiência
- Outros

Que tipo assistência à saúde você utiliza com maior frequência?

- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Plano de saúde privado
- Atendimento médico privado

Você ou algum membro da sua família recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia (Bolsa Família, Auxílio Emergencial)?

- Sim
- Não

Qual sua religião?

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Religião Afro-brasileira
- Não tenho religião
- Outros

Renda Familiar Mensal?

- Até (R\$ 1.908,00)
- (De R\$ 1.908,00 até R\$ 2.862,00)
- (De R\$ 2.862,00 até R\$ 5.724,00)
- (De R\$5.724,00 a R\$9.540,00)
- (Mais de R\$9.540,00 a R\$14.310,00)
- (Mais de R\$14.310,00 a R\$23,850)
- (Acima de R\$23.850,00)

**CRITÉRIOS DE CLASIFICAÇÃO ECONÔMICA-ABEP 2021:**

Nível de escolaridade do chefe de família?

- Analfabeto / Fundamental I incompleto
- Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto
- Fundamental completo/Médio Incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, voce diria que a rua é:

- Asfaltada/ Pavimentada
- Terra/ Cascalho

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Outro meio

Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de banheiros

- Não possui
- 1

- ( )2
- ( )3
- ( )4+

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA:**

- 1.O que você pensou e como reagiu quando soube que tinha que ser internado pela COVID-19 no hospital? Para você como foi o período em que esteve internado? Quais foram os principais desafios durante esse período?
2. Você se sentiu acolhido por alguém no hospital durante a internação? Por quem e como foi esse acolhimento?
- 3.Teve notícias de sua família? Qual era a via para se comunicar com seus familiares durante a hospitalização? Como considera que foi essa comunicação?
- 4.Com que frequência você tinha comunicação com sua família e quais profissionais de saúde no hospital providenciavam essa comunicação para você?
- 5.Você teve temores durante o tempo que ficou internado? Quais foram esses temores?
- 6.O que você teria a dizer sobre as perdas durante a internação no hospital? O que você teria a dizer sobre as perdas agora?
7. Em algum momento você experimentou sentimentos de tristeza profunda, desesperança, medo, pânico e irritabilidade excessiva, sentimentos de culpa e preocupação, falta de interesse pelas atividades cotidianas? Quanto tempo duraram esses sentimentos
- 8.Em algum momento você experimentou problemas de sono, falta de apetite, problemas de concentração, falta de energia, sudoração, taquicardia, dor no peito, problemas digestivos? Quanto tempo duraram esses sintomas?
- 9.Após essa vivência, você experimentou pensamentos repetitivos com o evento, se sentir mal ou sentir medo, tristeza ou raiva com as lembranças desse momento, pesadelos ou evitar lugares, pessoas, falas associadas com essa vivência?
- 10.Você em algum momento foi diagnosticado com algum transtorno psicológico? Qual?
- 11.Como você tentava enfrentar essa situação durante a internação? Que estratégias de enfrentamento psicológico você utilizou após a alta para lidar com as dificuldades decorrentes dessa vivência?
- 12.Você tem recebido apoio? Quais foram as pessoas ou comunidades que apoiaram você durante e após viver a experiência?
13. Você precisou atendimento psicológico? Você recebeu esse atendimento por parte do CAPS do SUS durante ou após esta vivência?
- 14.Você ainda precisa de apoio psicológico? Atualmente, você recebe atenção psicológica? De que tipo (privada ou do SUS)?

15. Atualmente, como você se sente? Você está realizando alguma atividade de autocuidado após viver essa experiência? Teria algo positivo para relatar como decorrente da sua experiência após adoecimento?

**OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!**

**APÊNDICE B- ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTAS  
APLICADAS PARA FAMILIARES DOS PACIENTES INTERNADOS  
COM COVID-19**

Senhor/a, a entrevista tem como objetivo recolher informação que permita investigar o seguinte tema: **“Pandemia de COVID-19 e saúde mental: percepção de pacientes e seus familiares”**

**QUESTIONARIO SOCIODEMOFIGURA:**

Declaro, para todos os fins, que eu li as informações contidas neste documento e aceito o convite para colaborar nesta pesquisa respondendo ao questionário seguinte.

Sim

Não

Telefone com DDD \_\_\_\_\_

Qual seu grau de parentesco com a pessoa que foi internada com COVID-19?

Sexo?

Feminino

Masculino

Prefiro não informar

Qual a sua idade?

Onde você reside?

interior

Capital (Fortaleza)

Se você reside no interior, qual a sua cidade?

Raça/Cor?

Parda

Negra

Branco

Indígena

Qual seu estado civil?

Solteiro (a)

União estável

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

Outros



Você tem filhos?

Se sim na questão anterior, quantos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Se sim, qual a idade dos seu (s) filho (s)?

---

Você possui alguma doença crônica ou comorbidades?

- Não
- Hipertensão
- Cardiopatia
- Diabetes
- Doença Pulmonar (Asma, DPOC)
- Doença Hepática (Hepatite)
- Câncer
- Doença Renal
- Obesidade
- Doença Neurológica ou neuromuscular
- Infecção pelo HIV ou imunodeficiência
- Outros

Que tipo assistência à saúde você utiliza com maior frequência?

- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Plano de saúde privado
- Atendimento médico privado

Você ou algum membro da sua família recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia (Bolsa Família, Auxílio Emergencial)?

- Sim
- Não

Qual sua religião?

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Religião Afro-brasileira
- Não tenho religião
- Outros

Renda Familiar Mensal?

- Até (R\$ 1.908,00)
- (De R\$ 1.908,00 até R\$ 2.862,00)
- (De R\$ 2.862,00 até R\$ 5.724,00)
- (De R\$5.724,00 a R\$9.540,00)
- (Mais de R\$9.540,00 a R\$14.310,00)
- (Mais de R\$14.310,00 a R\$23,850)
- (Acima de R\$23.850,00)

**CRITÉRIOS DE CLASIFICAÇÃO ECONÔMICA-ABEP 2021:**

Nível de escolaridade do chefe de família?

- Analfabeto / Fundamental I incompleto
- Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto
- Fundamental completo/Médio Incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, voce diria que a rua é:

- Asfaltada/ Pavimentada
- Terra/ Cascalho

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Outro meio

Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho

- Não possui
- 1
- 2
- 3
- 4+

Quantidade de banheiros

- Não possui

- ( )1
- ( )2
- ( )3
- ( )4+

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA:**

- 1.O que você pensou e como reagiu quando ficou sabendo que seu familiar tinha que ser internado com COVID-19 no Hospital? Para você, como foi o período em que ele esteve internado? Quais foram os principais desafios durante o período de internação do seu familiar?
2. Você e sua família sentiram acolhimento por algum profissional do hospital durante a internação do seu familiar? Por quem e como foi esse acolhimento?
3. Teve notícias sobre o estado de saúde de seu familiar? Como considera que foi a comunicação? Qual era a via de comunicação?
4. Com que frequência você tinha informações do seu familiar? Com quais profissionais da saúde você falava?
5. Você teve temores pela situação de seu familiar? Quais foram esses temores
6. Em algum momento pensou que seu familiar poderia falecer? O que você teria a dizer sobre as perdas nesse período? E depois?
7. Em algum momento você experimentou sentimentos de tristeza profunda, desesperança, medo, pânico e irritabilidade excessiva, sentimentos de culpa e preocupação, falta de interesse pelas atividades cotidianas? Quanto tempo duraram esses sentimentos
- 8.Em algum momento você experimentou problemas de sono, falta de apetite, problemas de concentração, falta de energia, sudorese, taquicardia, dor no peito, problemas digestivos? Quanto tempo duraram esses sintomas?
- 9.Após essa vivência, você experimentou pensamentos repetitivos com o evento, se sentir mal ou sentir medo, tristeza ou raiva com as lembranças desse momento, pesadelos ou evitar lugares, pessoas, falas associadas com essa vivência?
- 10.Você em algum momento foi diagnosticado com algum transtorno psicológico? Qual?
- 11.Como você tentava enfrentar essa situação durante a internação? Que estratégias de enfrentamento psicológico você utilizou para lidar com as dificuldades decorrentes dessa vivência?
- 12.Você tem recebido apoio? Quais foram as pessoas ou comunidades que apoiaram você durante e após viver a experiência?
13. Você precisou atendimento psicológico? Você recebeu atendimento psicológico por parte do CAPS do SUS durante ou após esta vivência?

14. Você ainda precisa de apoio psicológico? Atualmente, você recebe atenção psicológica? De que tipo (privada ou do SUS)?

15. Atualmente, como você se sente? Você está realizando alguma atividade de autocuidado após viver essa experiência? Teria algo positivo para relatar como decorrente da sua experiência após adoecimento?

**OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!**

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado por Toa Leonor Munoz Tello a participar da pesquisa “**Pandemia de COVID-19 e saúde mental: percepção de pacientes e seus familiares**”, que tem por objetivo Compreender os processos psicológicos dos pacientes internados por Covid-19 no Hospital Walter Cantídio e de seus familiares, no período março- junho 2021.

Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem esclarecidos.

**DESCRIÇÃO DOS PROCEDMIENTOS:** Caso aceite participar do estudo, será necessário responder, um questionário com informações de características sociodemográficas e depois participar de uma entrevista *online* que permita recolher informação relacionada com o objetivo do estudo.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** A pesquisa não apresenta risco à integridade física do participante voluntário, a não ser a possibilidade de algum sentimento de desconforto ou angústia com alguma pergunta. Caso isso ocorra, você poderá, a qualquer momento, interromper sua participação.

Levando em consideração a pandemia de Covid-19, a aplicação dos questionários e realização das entrevistas serão por via remota.

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com essa pesquisa serão a compreensão da importância da saúde mental e dos processos psicológicos dos pacientes internados com COVID- 19 e seus familiares

**DIREITO DE SE RETIRAR DO ESTUDO:** Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você e seu tratamento na instituição

**DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas pela ética do sigilo profissional. Sua identidade será preservada sempre.

Sua participação será gravada em áudio, mediante autorização prévia. Durante as atividades haverá pequenas pausas para a conferência da qualidade e integridade das informações. Em caso de perda de dados, solicitaremos a repetição da atividade. O material será salvo em diversas mídias de uso restrito do pesquisador.

**DESPESAS E COMPENSAÇÕES:** Você não terá despesas pessoais durante o estudo e, também, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

O pesquisador se compromete a que os dados coletados somente serão utilizados para esta pesquisa. Você terá uma via assinada pelo pesquisador desse TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. **É importante que o participante guarde em seus arquivos ou imprima a via do documento.**

**GARANTIA DE ACESSO:** em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora é a Psicóloga, **Toa Munoz Tello**, que pode ser encontrada no endereço: Avenida Abolição 3180. Bairro Meireles. Telefone: (85)99164.1652

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUWC/UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1142 -Rodolfo Teófilo; fone: (85)3366-8589 E-mail: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br) e com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/HUWC/UFC e o CEP/UFC/PROPESQ são as instâncias do Hospital Universitário Walter Cantídio e da Universidade Federal do Ceará responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de estes esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

-----

Assinatura do paciente/representante legal

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-----

Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

-----

Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "Saúde mental dos pacientes internados com COVID -19 e seus familiares"

**Pesquisador:** TOA MUNOZ TELLO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57079322.6.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.380.180

#### Apresentação do Projeto:

A metodologia terá como base a pesquisa exploratória e descritiva porque tem como propósito fatos relacionados com a saúde mental dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender os processos psicológicos de pacientes internados por covid-19 no Hospital Universitário Walter Cantídio e de seus familiares, no período março- junho 2021.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não apresenta risco à integridade física do participante voluntário, a não ser a possibilidade de algum sentimento de desconforto ou angústia com alguma pergunta. Caso isso ocorra, poderá-se interromper a participação.

Levando em consideração a pandemia de Covid-19, a aplicação dos questionários e realização das entrevistas serão via remota. Benefícios: os benefícios esperados com essa pesquisa serão a compreensão dos processos psicológicos dos pacientes internados com COVID- 19 e seus familiares para apresentar estratégias de enfrentamento psicológico para esta população. O presente trabalho será de utilidade porque por meio dele, espera-se emitir critérios fundamentais sobre a saúde mental dos pacientes internados com COVID-19 e seus familiares e, a partir disso,

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.380.180

construir informações pertinentes para propor estratégias de enfrentamento relevantes no que toca as sequelas que se apresentam na saúde mental dos sujeitos de estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e factível para avaliar os impactos da Covid-19 na saúde mental de familiares e parentes adoecidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos e documentos necessários para a apreciação da pesquisa no CEP.

**Recomendações:**

Projeto aprovado salvo melhor juízo do CEP UFC.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1914902.pdf	23/03/2022 10:38:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP.pdf	23/03/2022 10:37:41	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	01_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	23/03/2022 10:21:43	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Cronograma	_CRONOGRAMA.pdf	18/03/2022 20:03:12	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_APRECIACAO_CEP_UFC.pdf	18/03/2022 13:30:54	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	18/03/2022 13:01:30	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Declaração de concordância	05_Declaracao_de_Concordancia.pdf	18/03/2022 11:17:58	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	18/03/2022 10:50:42	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Outros	00_Carta_de_Encaminhamento_modelo.pdf	18/03/2022 10:28:00	TOA MUNOZ TELLO	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br



UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.380.180

Outros	CurriculoLattes_orientadora_KelenGomes.pdf	18/03/2022 10:23:03	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_do_rosto.pdf	18/03/2022 09:25:36	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_da_Instituicao_coparticipante.pdf	17/03/2022 18:29:13	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Outros	Autorizacao_da_chefia.pdf	17/03/2022 18:20:41	TOA MUNOZ TELLO	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	17/03/2022 16:38:27	TOA MUNOZ TELLO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 01 de Maio de 2022

Assinado por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

