



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2025;6(31):49-67

Artigos Temáticos

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v6i31.448](https://doi.org/10.51723/hrj.v6i31.448)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 09/01/2022

Aceito: 22/04/2025

Estratégias de enfrentamento da pessoa idosa hospitalizada em decorrência do covid-19 no Distrito Federal: estudo de caso

Coping strategies for elderly people hospitalized due to covid-19 in the Federal District: case study

Kéren Bezerra César¹ , Aline Hisako Vicente Hidaka¹ ,
Monique Guerreiro de Moura¹ 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília, DF – Brasil.

Correspondência: kercesar@gmail.com

RESUMO

A disseminação do vírus covid-19 provocou mudanças significativas na saúde dos indivíduos, principalmente na pessoa idosa. Esse vírus acarretou um aumento de internações hospitalares dessa faixa etária. **Objetivo:** diante disso, essa pesquisa buscou investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas idosas que se encontravam hospitalizadas em decorrência dessa doença. **Método:** baseada em estudo de caso, trata-se de uma pesquisa mista que utilizou instrumentos de entrevistas semiestruturadas e aplicação da Escala EMEP adaptada. A análise foi embasada em um pequeno recorte de dados de nove pacientes idosos internados no Hospital Público da Região do Distrito Federal. **Resultados:** esse estudo observou maior predominância de modos de enfrentamento adaptativos frente à adversidade. **Conclusão:** apesar de evidenciar nos relatos de alguns participantes sentimentos de medo, insegurança e perda de autonomia, os fatores psicossociais e espirituais e a compreensão da doença covid-19 tiveram maior influência na forma de enfrentamento. Do mesmo modo, verificamos predomínio de enfrentamento baseado na espiritualidade, na resolução de problema e no suporte social.

Palavras-chave: Covid-19; Pessoas idosas; Hospitalização e enfrentamento.

ABSTRACT

The spread of the covid-19 virus has caused significant changes in the health of individuals, especially in the elderly. This virus has led to an increase in hospitalizations in this age group. **Objective:** in view of this, this research sought to investigate the coping strategies used by elderly people who were hospitalized due to this disease. **Method:** based on a case study, this is a mixed research that used semi-structured interview instruments and application of the adapted EMEP Scale. The analysis was based on a small sample of data from nine elderly patients admitted to the Public Hospital the of the Federal District Region. **Results:** This study observed a greater predominance of adaptive coping methods in the face of adversity. **Conclusion:** although feelings of fear, insecurity and loss of autonomy were evident in the reports of some participants, psychosocial and spiritual factors and the understanding of the covid-19 disease had a greater

influence on the way they coped. Likewise, we observed a predominance of coping based on spirituality, problem-solving and social support.

Keywords: Covid-19; Elderly people; Hospitalization and coping.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento traz mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais importantes para o indivíduo. É um processo dinâmico e progressivo, causa transformações que acarretam perda gradual da capacidade adaptativa do sujeito ao ambiente. Configura-se por uma diminuição sucessiva das capacidades psicomotoras, sensoriais, cognitivas, alterações de hormônios e sistema imunológico, que aumentam a vulnerabilidade aos processos patológicos¹.

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de adoecimento e morte².

Há diversas classificações do desenvolvimento da pessoa idosa. O autor Shephard (2003)¹ descreve quatro fases do envelhecimento relacionado a sua capacidade funcional: meia-idade, velhice, velhice avançada e velhice muito avançada. A meia-idade consiste entre 40 e 65 anos, quando inicia o declínio funcional que varia 10 a 30% comparado à vida adulta. A idade entre 65 e 75 anos, classifica-se como velhice, em que há uma perda de função maior. Na velhice mediana as pessoas idosas apresentam maior fragilidade física e danos nas atividades diárias, apesar de que alguns idosos permanecem com autonomia e independência. Já na velhice muito avançada, consideram acima de 85 anos, etapa que necessita de maiores cuidados, apresenta maior instabilidade e dependência. Ressalta-se que processo de envelhecimento é complexo e multifatorial, não se limita apenas à faixa etária, mas varia de acordo com estilo de vida do indivíduo, hereditariedade, fatores socioeconômicos e diferenças de gênero¹.

As mudanças biológicas são irreversíveis ao sujeito e podem influenciar na qualidade de vida,

em sua funcionalidade e predisposição a desenvolver doenças. A quantidade da população idosa que apresenta algum tipo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumenta consideravelmente³. Elas são responsáveis por inúmeras complicações clínicas tais como: doenças no aparelho circulatório, câncer, endócrinas e doenças respiratórias crônicas. Esses fatores intensificam a procura das pessoas idosas pela assistência de saúde e em muitos casos pode ocorrer a hospitalização.

A necessidade de hospitalização da pessoa idosa pode trazer sofrimento e grande impacto⁴. Quando o indivíduo ocupa involuntariamente um papel de paciente, submete-se a procedimentos e rotinas invasivas, algumas vezes dolorosas. Isso pode desencadear sentimento de impotência, dependência, fragilidade e falta de autonomia. Além desses aspectos, a pessoa idosa pode apresentar maior declínio nas suas funcionalidades durante e após a internação hospitalar. Os pacientes hospitalizados se deparam com o dano do corpo saudável e ativo, e isso gera sentimentos de conflitos, que se manifestam como forma de medo, incertezas, ansiedades, negação, em alguns casos resistências, que influenciam na adesão ao tratamento⁵.

O processo de hospitalização nesse ciclo de vida faz com que vivencie momentos de estresse, visto que esse ambiente diferente do seu cotidiano exige adaptação e recursos de enfrentamento⁶. Tais eventos estressantes podem ser um fator de risco e afetar a saúde mental. Mudança de rotina que gera estresse e a necessidade de reajustamento no indivíduo pode desencadear sintomas depressivos⁷.

Nessa etapa do desenvolvimento a pessoa idosa se torna mais suscetível a fatores estressantes, pois são expostas a mudanças biopsicossociais como a própria fragilidade biológica típicas do envelhecimento – incapacidades, comorbidades, perdas afetivas, mudanças de papéis sociais e relações com gerações diferentes. Esses fatores estressantes estão relacionados às próprias situações relacionadas às etapas da vida que podem ser naturais ou impre-

visíveis. E, também, aos eventos críticos os quais envolvem situações inesperadas e incontroláveis que se desenvolvem ao longo do tempo. Apesar dos desafios da velhice serem parecidos, cada pessoa apresenta de modo complementar a seletividade socioemocional e o enfrentamento. A forma de enfrentar eventos estressores dependerá da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores, sua avaliação cognitiva, relações sociais e adaptação⁸.

Como forma de compreender as respostas ao estresse, vários estudos foram construídos e estabeleceram definições de enfrentamento. Autores como Lazarus e Folkman (1986)⁹ descreveram modos de enfrentamento “*coping*” como “(...) *um processo ativo e consciente de avaliação e resposta a situações de estresse*”^{9,10}. Esse processo de enfrentamento parte de uma concepção cognitiva e comportamental, se estabelece da maneira em que o indivíduo responde às demandas adversas, podendo impactar de maneira negativa ou positiva em relação à qualidade de vida. Trata-se de um modelo transacional que se constitui pela avaliação que o indivíduo tem sobre determinado evento danoso e o processo de administrar a situação estressora.

Esses autores⁹ dividem o enfrentamento em dois procedimentos: um *coping* focado na emoção e *coping* direcionado ao problema. O primeiro se relaciona com uma resposta do estressor pela regulação emocional, controle e manejo das emoções, pode suscitar atitudes de afastamento, negação, ou utilização de recursos como religiosidade e fantasia^{9,10}. O segundo *coping* focado no problema envolve a modificação das condições geradoras de estresse, pode favorecer reações de aproximação, planejamento e resolução da situação adversa¹⁰. Nenhuma dessas respostas são mais eficientes do que a outra, se constituem funcionais a partir da congruência da resposta do indivíduo ao estressor, da sua expectativa de resultados, da intensidade do esforço aplicado e da própria consequência de seus comportamentos.

A utilização de estratégias também depende da influência de fatores biopsicossociais. Estabelece a partir da análise que o sujeito percebe dos seus recursos pessoais, como emocionais, conhecimento e motivação, e sociais, vínculos afetivos, acolhimento, apoio emocional e ajuda instrumental, o que têm disponibilizado de forma de proteção⁸.

Apesar de outras concepções sobre o conceito de modos de enfrentamento, esse estudo buscou concentrar nas definições de Lazarus e Folkman (1986)⁹. Compreende-se como estratégias de enfrentamento o esforço cognitivo e comportamental que o indivíduo apresenta frente à situação adversa, que pode se manifestar focalizado no problema e/ou emoção dentre outros fatores. Fenômeno contextual e flexível, inclui tanto os fatores subjetivos e sociais, de autoeficácia e experiências aprendidas durante a vida^{8,10}.

O contexto da pandemia por covid-19 trouxe impactos significativos à saúde da pessoa idosa. Em dezembro de 2019 sucederam os primeiros casos de pneumonia em Wuhan, na China, que após analisados tratavam-se de um novo vírus não identificado em seres humanos. Em janeiro de 2020 foi decretado pela autoridade Chinesa o novo tipo de coronavírus². Devido à sua alta transmissão essa doença espalhou rapidamente para outros países e se tornou uma enfermidade epidêmica e de ordem mundial. Conhecida popularmente por coronavírus, a SARS-CoV-2 teve o seu primeiro caso no Brasil no mês de fevereiro de 2020. Essa doença altamente transmissível acarreta implicações para o sistema respiratório, em casos mais graves, pode desenvolver síndrome respiratória aguda (SARS), ou, em outros casos, pneumonia bilateral¹².

A covid-19 provocou a maior taxa de internação e mortalidade na população idosa, principalmente devido às comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e câncer. O envelhecimento fisiológico também implica na suscetibilidade dessa doença e na gravidade. Os dados do covid-19, em 2020, antes da vacinação, demonstraram maior índice de mortalidade entre as pessoas com 80 anos ou mais, em que 14,8% dos infectados foram a óbito, comparado a 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos e 8,8% entre aqueles de 60 a 69 anos – índice 3,82 vezes maior que a média geral¹³.

Com a concentração de casos mais graves da doença, a população idosa teve maior quantidade de internações hospitalares por complicações do covid-19¹². Essa fragilidade prejudicada pela reação autoimune do indivíduo, advém do processo do envelhecimento, da imunossenescência e da presença de doenças crônicas. O sistema respiratório da pessoa idosa possui certas limitações que interfe-

rem no seu desempenho, apresentam modificações no tecido conjuntivo, rigidez da cavidade torácica e redução da fibra elástica do pulmão. Portanto, quando a pessoa idosa é acometida de um processo inflamatório no sistema respiratório, o seu quadro pode evoluir rápido e necessitar de um suporte de cuidados maiores^{13,14}.

A hospitalização pode trazer impacto negativo sobre a pessoa idosa, visto que tem maior propensão de perder a capacidade funcional e retornar para a casa com *status* inferior ao inicial¹⁵. Todos esses fatores externos e internos podem trazer sofrimento psíquico, desencadear ou intensificar problemas de ordem psicológica. Ainda, esse evento pandêmico – o alto contágio dessa doença, a falta de controle, gravidade e imprevisibilidade – desencadeia sentimentos de aflição e de insegurança, que podem prejudicar a saúde mental do indivíduo¹⁴.

Portanto, o momento atual reforçou a necessidade de ampliar o conhecimento da pessoa idosa, propor o conhecimento e ressignificar ações de atenção a essa população. Essa pesquisa visa proporcionar uma maior compreensão da pessoa idosa em sua perspectiva diante a hospitalização por covid-19. Tal estudo possibilita maior compreensão dos modos de enfrentamento diante da adversidade e expande pesquisas de promoção à saúde mental no âmbito hospitalar e da pessoa idosa.

Pretende-se reportar aos pressupostos de que os pacientes hospitalizados que apresentam e confiam na rede de apoio social apresentam maior aporte emocional e adaptativo. Identificar a importância do papel da espiritualidade como forma de enfrentamento e fator de proteção. Compreender se o esclarecimento do tratamento e quadro clínico diminui a ansiedade e insegurança na internação hospitalar. Além de verificar que as estratégias de negação, esquiva, culpabilização e pensamento irrealista influenciam a forma de enfrentar a doença e a na adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

Esse estudo buscou gerar conhecimento inovador e amplo na área da saúde mental do idoso, de natureza básica, utilizou uma abordagem qualitativa e quantitativa – forma de compreender o alcance da pandemia em termos da saúde mental, princi-

palmente na população idosa. Tem como objetivo explorar o problema da pesquisa e afirmar algumas hipóteses, através de levantamento de dados e entrevistas. Baseada no método de pesquisa de estudo de caso, visa analisar o fenômeno dentro do seu contexto e como ele repercute na vida do paciente internado. Foi desenvolvida a partir da verificação de dados bibliográficos e juntamente com a análise da pesquisa participante.

O público escolhido para a pesquisa foi de pessoas acima de 60 anos de idade, ambos os sexos, com mais de dois dias internados em decorrência do covid-19 no hospital público de referência para tratamento dessa doença. Foram excluídos os indivíduos fora dessa faixa etária, com algum grau demencial, em processo de *delirium*, não contactantes, com dificuldades de comunicação devido a procedimentos hospitalares ou que tenham recusado o convite de participação da pesquisa e a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE.

O estudo de campo se estabeleceu após a aprovação do Comitê de Ética, a autorização da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e do Hospital Público que foi referência para casos do covid-19. Concedido o Parecer Consubstanciado de Aprovação nº 4783.154, além do Certificado de Apresentação Ética nº 44550121.2.0000.5553.

Foi proposto no início da pesquisa que a coleta de dados seria realizada nas enfermarias e pronto-socorro, contudo, no decorrer da coleta, excluímos o setor pronto-socorro da pesquisa. Esse espaço concentrava pacientes com pior gravidade e recém-internados, em média com menos de dois dias de internação. Já as enfermarias apresentavam pacientes mais estáveis clinicamente e com mais dias de hospitalização.

O levantamento de público para pesquisa se estabeleceu por meio do Programa *Trackcare* (Sistema de Prontuários da Secretaria de Saúde do Distrito Federal), em que desenvolvemos a busca ativa de pacientes de acordo com o perfil escolhido. Igualmente, tivemos o auxílio da equipe de enfermagem do próprio setor, que atualizava os dados dos pacientes e sua gravidade. As intervenções foram realizadas à beira leito e em concordância com os sujeitos, sob o TCLE. As entrevistas foram efetuadas nos meses de julho e agosto de 2021.

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram: anamnese breve, entrevista semiestruturada e a aplicação da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Foram realizados em média, três encontros com cada participante, divididos em coleta de dados e acompanhamento, durante o período de internação, com média de uma hora a cada visita. A princípio foi planejado realizar mais encontros com o paciente, no entanto, em razão da alta rotatividade na enfermaria e a própria disposição dos participantes, as entrevistas foram reduzidas, sem perda na qualidade de dados esperados.

O primeiro contato com o participante consistiu na explicação da pesquisa e construção da vinculação. Do mesmo modo, foi apresentado o Termo Livre de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) facultando ao participante a sua participação da pesquisa. No segundo momento foi proposta a anamnese e entrevista semiestruturada. Nessa fase utilizamos o gravador de áudio, como instrumento para fins da transcrição fidedigna e colaboração na análise das respostas. Apesar da delimitação das perguntas, no momento da aplicação realizamos algumas alterações necessárias, de acordo com os conceitos da entrevista semiestruturada. Na terceira etapa foi aplicada a escala EMEP de maneira oral e com auxílio da pesquisadora no preenchimento das respostas. Por último, foi feita a reflexão dos resultados, os aspectos positivos da experiência na participação da pesquisa e o encerramento do momento de coleta de dados.

Na possibilidade de consequência de sensibilização, desconforto e estresse ao tema abordado durante a coleta de dados, foi mantido acompanhamento psicológico do participante durante a internação. Esse suporte psicológico individualizado ocorreu durante a hospitalização do paciente. Para isso, obtive a cooperação da equipe de psicologia desse hospital. Durante esse acompanhamento, somente um participante necessitou de encaminhamento qualificado após a alta hospitalar, por conta de outras necessidades psíquicas que foram observadas durante as entrevistas e acompanhamento. Todos os participantes foram informados acerca da eventualidade de algum dano decorrente da pesquisa, caso sentissem desrespeitados o direito de solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira^{16,17}.

Tal informação foi destacada no TCLE a todos os participantes.

Para manter e proteger a identidade e a questão de sigilo em pesquisa, todos os participantes tiveram seus nomes alterados. Optamos por numerar cada participante de acordo com a ordem da entrevista e caracterizando o gênero, como exemplo P1, sexo feminino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram abordados seguindo a literatura científica, com intuito de contemplar os objetivos propostos e confirmar hipóteses sugeridas neste estudo. De natureza mista, esta pesquisa consistiu na análise de conteúdo coletadas nas entrevistas semiestruturadas¹⁸. Para complementar, realizamos a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), um instrumento desenvolvido por Vitalino et al. (1985) e adaptado ao contexto, que busca mensurar estratégias de enfrentamento diante de estressores específicos¹¹.

Foram entrevistados no total de nove participantes, sendo seis pessoas do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Com idades que variam entre 60 anos como idade mínima, e a máxima de 79 anos, com a média total de 67 anos. Entre os participantes, 55% possuem ensino fundamental incompleto e 22% dos participantes concluíram o ensino médio. Quanto ao estado civil dos entrevistados, 77% são casados, 11% são viúvos e 11% são solteiros. Na parte da ocupação formal dos participantes, 55% são aposentados, 22% trabalham como vendedor, 11% atuam como mecânico e 11% como pedreiro.

Em relação à resposta sobre qualidade do sono durante a internação, 33% descreveram como ruim, 11% regular e 55% consideraram como bom. Todos os participantes afirmaram manter a alimentação regular, sem perda e nem aumento do apetite durante a internação. Os 66% dos entrevistados não possuem histórico de adoecimento mental e 33% confirmaram que em algum momento da vida tiveram problemas psíquicos, sendo que 22% tiveram acompanhamento especializado. Há estudos que afirmam que a gravidade da doença pode ser acentuada de acordo com idade e presença de comorbidade¹⁹. Dentre os participantes, 88% do total apresentavam algum tipo de comorbidade, dos quais 33% participantes apresenta-

vam diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), 22% hipertensão arterial sistêmica (HAS), 11% com histórico de câncer na bexiga, 11% com dislipidemia, 11% com hepatite B e 11% com a doença renal crônica (DRC). Do total dos entrevistados, somente 33% indivíduos relataram ser sua primeira internação hospitalar. Cerca de 22% dos participantes afirmaram que foram hospitalizados três vezes durante a vida e 44% foram internados variavelmente duas vezes, por motivos diversos. Todos parti-

cipantes afirmaram ser sua primeira hospitalização em decorrência do covid-19. No momento da coleta de dados, todos os participantes estavam em condições de saúde clinicamente estável, sem dispositivos como O₂ e outros, e alguns participantes estavam com indicação provável de alta hospitalar. Grande parte dos participantes já tinha recebido a primeira dose da vacina contra covid-19. A aplicação dessa vacina iniciou no mês janeiro de 2021².

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes.

Entrevistados	Sexo	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Ocupação formal
1	F	60	casado	Ensino superior completo	Aposentado
2	M	61	casado	Ensino médio completo	Vendedor
3	F	60	casado	Ensino médio completo	Vendedor
4	M	74	solteiro	Ensino superior completo	Mecânico
5	M	79	casado	Ensino fundamental incompleto	Aposentado
6	F	76	viúva	Ensino fundamental incompleto	Aposentado
7	F	74	casado	Ensino fundamental incompleto	Aposentado
8	M	65	casado	Ensino fundamental incompleto	Aposentado
9	M	60	casado	Ensino fundamental incompleto	Pedreiro

Fonte: autores.

Tabela 2 – Dados da anamnese.

Entrevistados	Comorbidade	Internações	Sono	Alimentação	Histórico de adoecimento mental
1	HAS	3	Regular	Regular	Sim
2	DM 2	1	Bom	Regular	Não
3	Sem comorbidade	1	Bom	Regular	Não
4	DRC	1	Ruim	Regular	Não
5	Câncer na bexiga	2	Bom	Regular	Não
6	Sem comorbidade	2	Ruim	Regular	Não
7	DM 2	2	Bom	Regular	Não
8	DM 2, Dislipidemia e Hepatite B	2	Ruim	Regular	Sim
9	Hipertensão arterial, DM 2 e etilismo crônico	3	Bom	Regular	Sim

Fonte: autores.

As entrevistas individuais permitiram levantar a percepção ampliada da pessoa idosa em relação ao covid-19 e os modos de enfrentamento dessa doença. Utilizamos como técnica a entrevista semiestruturada e análise de conteúdo de acordo com Bardin (1977)¹⁸. Essa análise consiste em compreender as ideias apresentadas nas respostas dos participantes e codificá-las em categorias de unidades de sentido, e a partir disso, realizar uma análise crítica desses dados. Para organização de respostas, dividimos em três categorias finais – Impacto da covid-19; Modos de enfrentamento; e Aprendizado. Como consequência dos registros, seguem as seguintes categorias de análise de conteúdo e suas respectivas frequências de ocorrência:

Tabela 3 – Frequência de relatos, categorias finais e subcategorias

Categoria	Subcategorias	Frequência
Impacto do covid-19	Medo	4 relatos
	Prejudicador/ruim	2 relatos
	Descontrole/impotência	3 relatos
	Mudança de rotina	4 relatos
	Mudança de pensamento	1 relato
	Experiência nova	3 relatos
Modos de enfrentamento	Apoio religião	7 relatos
	Apoio social	8 relatos
	Apoio na equipe de saúde	5 relatos
	Recursos pessoais	3 relatos
Aprendizados dessa experiência	Autocuidado	1 relato
	Respeito ao ser humano	1 relato
	Conhecimento	4 relatos
	Reflexão da vida	2 relatos
	Mudança de visão da assistência hospitalar	1 relato

Fonte: autores.

Na categoria **Impacto do covid-19**, descrita na Tabela 3, subdividimos em subcategorias, dentre elas: medo; ruim/prejudicador; descontrole/impotência; mudança de rotina; e experiência nova.

Durante o processo de adoecimento, o paciente pode apresentar sensação de medo do desconhecido. A pandemia covid-19 trouxe efeitos psíquicos nos idosos, como sentimentos de ansiedade, tristeza, raiva e medo, principalmente pelo medo da morte e incerteza do tratamento^{23,24}. Shigemura et al. (2020) analisaram aspectos psicológicos durante a pandemia e perceberam que pacientes infectados ou com suspeitas podem apresentar medo, solidão, ansiedade, insônia ou raiva²⁵. Souza Filho e Oliveira (2021) descreveram que pessoas idosas com comorbidade durante a pandemia covid-19 podem ser predispostas às consequências psicológicas e podem manifestar mais emoções de tristeza, medo e choro²⁶. Esse sentimento se evidenciou na coleta de dados, pois 44% dos entrevistados citaram ter apresentado medo com impacto dessa doença.

De acordo com os autores Clark e Beck (2012)²⁸, o medo é uma ação do sistema cognitivo, comportamental que age como resposta na defesa e resolução de situações potencialmente aversivas, que, ao ser desproporcional, pode ser prejudicial para a saúde mental. Já a ansiedade, é a resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental que é ativada diante de situações consideradas ameaçadoras, compreendida como imprevisíveis e incontroláveis.

As pesquisas atuais reconhecem que a pandemia, o isolamento social, o aumento de morte e a hospitalização podem desencadear sintomas ansiosos, reações emocionais de tristeza e medo, intensificar as doenças mentais, como transtorno de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, e depressão. O impacto da covid-19 pode predispor o surgimento de danos à saúde mental para indivíduos sem transtornos psicológicos e o agravamento em pessoas com doença mental preexistente³⁰. Percebendo esse impacto, a pesquisa dos autores citados (HO, CHEE E HO, 2020)³⁰, analisaram os possíveis impactos da saúde psíquica da pandemia e descreveram algumas ações de promoção da saúde mental, na China Continental e em Singapura, que visavam amenizar essas consequências. Tais ações consistiam em aconselhamento e apoio emocional para a população, os infectados e seus familiares, além de atendimentos para profissionais de

saúde da linha de frente. Ratificando, o autor Santana e colaboradores (2021)³² destaca da importância a atenção dos cuidados na saúde mental, com medidas para reduzir o impacto da covid-19, que vão desde a distribuição de informações confiáveis até o alcance do serviço de saúde básico ao especializado³².

Foi possível observar nas entrevistas que cerca de 22% dos entrevistados relataram o impacto da covid-19 como algo prejudicador/ruim. Percebe-se na resposta do P5, masculino: *"Isso foi uma das piores coisas da minha vida, até hoje"*. Outros 33,3% dos participantes afirmaram ter sentimento de impotência diante dessa doença. Tal afirmação é possível observar no entrevistado: *"É uma experiência que você sente impotente, você não pode fazer nada(...)"* (P1, feminino). A pesquisa de Sijia Li et al. (2020)³³, *A Study on Active Weibo Users*, buscou explorar algumas publicações sociais da rede Sina Weibo (uma das principais plataformas sociais da China que compartilha atividades de vida individuais dessa população e de celebridades), por meio da coleta e análise de palavras que apresentam dimensões psicológicas. E percebeu um aumento do uso de termos relacionados à preocupação, incerteza, além disso, os usuários demonstraram mais emoções negativas, como depressão, ansiedade e indignação, do que positivas, como esperança e otimismo.

É comum, em situações como a pandemia, o crescimento de sentimentos negativos e comportamento de esquiva e de negação²⁴. Na entrevista apenas 11% citaram mudança de pensamento: *"Eu não entendia sobre o covid, eu não acreditava (...). Agora eu peguei é que eu estou acreditando mais"* (P3, sexo feminino). Ainda afirmou:

"(...) eu sempre botava isso na cabeça que não era isso, que isso não estava acontecendo. Como é que morriam mil pessoas por dia? E eu ficava revoltada, porque aconteceu muita coisa, de morrer as pessoas (...). Então aquilo me dava terror." (P3, feminino)

A maneira como o indivíduo reage à crise, principalmente epidêmica, varia bastante e envolve múltiplos fatores relacionados com as crenças e estilos cognitivos. A população em geral diante da crise assume determinado comportamento que acaba se tornando ameaçador à saúde. Poland et al. (2012)³⁴ dividiu estilos cognitivos como: oposição e negação às evidências científicas; atitudes baseadas no medo e catastrofização; simplificação e raciocínio generalizado; manada/com-

boio que segue atitudes de acordo com outras pessoas; e por último o analítico, que busca dados objetivos para tomada de postura e comportamento^{34,35}.

Os recursos para amenizar esses estilos cognitivos que causam impacto na saúde psicológica podem envolver a disposição de informações de maneira coesa e acessível e estratégias psicoeducativas³⁵. Tal informação corrobora com a hipótese que o esclarecimento do tratamento e da doença diminuiu com a ansiedade e a negação, apreciado na fala do entrevistado acima.

A doença covid-19 trouxe um cenário de mudanças no cotidiano da pessoa idosa. Em sua primeira fase foi estabelecido o isolamento geral, sobretudo, tiveram que tomar medidas cautelosas que interferiram em sua rotina, contato social e autonomia³⁶. Como verificado nesta pesquisa, 44% dos participantes acreditam que o covid-19 impactou na mudança do seu dia a dia.

"(...) mudou com tudo. (...) Estragou (...) para o mundo inteiro. Eu não posso sair, nem tenho liberdade (...)" (P6, feminino)

Na pandemia, diante do potencial de risco biológico da população idosa, esse grupo precisou aderir medidas de distanciamento social. Segundo Hammerschmidt e Santana (2020)¹³, apesar de ser uma intervenção protetiva, essa estratificação etária intensificou o ageísmo, com aumento de termos discriminativos intergeracionais e de não valorização dos diversos aspectos da vida do envelhecimento. Esses autores acima ressaltam a necessidade de fortalecer os cuidados intergeracionais para que se propague respeito, autonomia e dignidade da pessoa idosa.

Para finalizar essa categoria, 22% indivíduos citaram que essa doença permitiu uma experiência nova de vida, *"(...) um momento ímpar, único, muito diferente. Uma experiência única"* (P8, masculino). A experiência da doença em si, é vivenciada como forma única e particular, se manifesta no aspecto psicológico e social³⁷. A capacidade do indivíduo lidar com o adoecimento pode se manifestar de maneira positiva e resiliente, distinguindo dos sentimentos negativos e adversos que a própria situação pode causar³⁸.

Na primeira categoria verifica-se que cada experiência apesar de ser subjetiva e particular, também traz aspectos semelhantes que foram compartilhados nas entrevistas. Observamos no discurso dos participantes,

sentimentos negativos diante do impacto da pandemia, como sentimentos de medo, descontrole e impotência, algo ruim e prejudicador. Consoante, foram encontrados nos estudos atuais acerca dos impactos emocionais da covid-19, que tais sentimentos são comuns e podem afetar a saúde psíquica. Outro fator negativo citado pela pandemia é a mudança de rotina. O isolamento social atingiu a pessoa idosa de maneira a modificar o seu cotidiano, aumentando suas fragilidades e conflitos intergeracionais. Alguns participantes relataram diminuição da liberdade, do convívio social e mudança de rotina. A mudança de pensamento também esteve presente em um dos relatos dos participantes, corroborando com pesquisas, em que a propagação do conhecimento e esclarecimentos se torna uma ferramenta importante para redução da ansiedade e outros sentimentos negativos. Do mesmo modo, tivemos relato de que a pandemia trouxe uma experiência única e particular, o que evidencia outras maneiras de enxergar a situação estressora de maneira positiva.

A segunda categoria **Modos de enfrentamento**, como consta na Tabela 3, foi subdividida em ordem intermediária em apoio na religião, apoio social, apoio na equipe de saúde e recursos pessoais. Do total dos participantes, 66% afirmaram que para enfrentar a covid-19 buscaram apoio religioso. A espiritualidade e religiosidade são propulsoras positivas diante a situações adversas e estão presentes na qualidade de vida do envelhecimento saudável²¹. Proporcionam uma redução do sofrimento, solidão e perda do controle. Facilitam a aceitação da doença, diminui a insegurança no tratamento e cooperam na elaboração da morte e finitude³⁹. A pesquisa de Reis e Menezes (2017)⁴⁰ evidenciou o fator da espiritualidade diante do adoecimento como benéfica no enfrentamento da doença, na manutenção de sentimentos de esperança, consolo e perseverança.

Observada nos relatos dos entrevistados: “*Sempre me apego à fé pra lidar hoje*” (P3, feminino); e “*(...) ao mesmo tempo está mais fácil, porque eu sou uma pessoa temente a Deus (...)*” (P7, feminino). Isso corrobora com as pesquisas e mostra que a espiritualidade/religiosidade pode ser um fator de proteção e um recurso utilizado na forma de enfrentar a doença. A religiosidade/espiritualidade pode ser compreendida como um recurso para a resiliência – a capacidade de enfrentamento a situações adversas e transformando em adaptação e superação⁴⁰. Esses resultados ao serem comparados à própria escala EMEP aplicada, corro-

boram com a hipótese de que os idosos internados utilizam o recurso espiritual/religião como apoio para enfrentar a covid-19 e a hospitalização.

O suporte social tem muita importância nos relatos dos participantes, quanto ao modo de enfrentamento da covid-19 e hospitalização. Cerca de 88% dos entrevistados afirmaram receber esse apoio. Exemplificado na fala do P4, masculino: “*Recebo o apoio das pessoas, que telefonam e fazem orações*”. Diversos autores mencionam os aspectos positivos do suporte social na vida do idoso, e o consideram como fator de qualidade de vida e bem-estar. Além de ter a capacidade de mitigar o estresse e a ansiedade no momento de crise, desempenham papel de amenizador das experiências negativas e servem como resposta adaptativa diante a adversidade³⁸. No entanto, se for comparar as respostas do EMEP juntamente com os relatos das entrevistas, nota-se que os entrevistados conseguem reconhecer as pessoas que trazem suporte social, contudo, nas respostas da Escala não recorrem com tanta frequência a ajuda prática.

O envelhecimento psicossocial e suas particularidades tendem a reduzir as relações sociais da pessoa idosa, visto que a modificação de papéis, perdas diversas e outros, atingem a interação com as pessoas¹. E com o advento da covid-19, as interações sociais desse grupo foram mais afetadas e estreitadas. Tivemos medidas de isolamento para evitar assim aumento de casos graves e o colapso na saúde. O isolamento para pessoa idosa é uma situação complexa, que abarca aspectos subjetivos, econômicos, relações familiares e comunitárias, as diferenças intergeracionais e como a sociedade percebe o envelhecimento. Pode atingir o sujeito idoso trazendo angústia, falta de motivação e redução do autocuidado⁴¹. Consoante, Macdonald et al. analisaram as particularidades dos efeitos do isolamento durante a pandemia para pessoa idosa nos EUA, e perceberam que a solidão pode acarretar depressão, ansiedade e prejuízos na saúde cognitiva e física no indivíduo⁴².

No Brasil, por motivo de segurança, os hospitais limitaram a presença de acompanhante para paciente e restringiram visitas de familiares/amigos. Cada hospital seguiu protocolo de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde com flexibilização para alguns casos. No decorrer das entrevistas, observamos que 22% dos participantes estavam com algum familiar e 88% estavam sem acompanhante. Verificamos na

pesquisa que participantes com acompanhantes enfatizaram a importância da presença dos familiares durante a internação hospitalar. “É bom a gente vir acompanhada que te dá forças” (P6, feminino). O acompanhante, durante a hospitalização para a população idosa, beneficia nos cuidados do paciente, coopera com equipe de saúde, e também possibilita suporte emocional aos pacientes⁴³.

Interessante verificar que uma das participantes que estava sem acompanhante, afirmou que para enfrentar a doença covid-19 e a hospitalização recebeu apoio da família por meio do uso de celular.

“(...) whatsapp, porque manter longe da família é tão difícil. É uma ferramenta, se todo mundo tivesse um pra comunicar, pra bater um papinho, para passar mensagem amenizaria a solidão.” (P1, feminino)

A utilização das tecnologias – chamada de vídeos, áudios e ligações telefônicas – são ferramentas importantes que servem como suporte social, consequentemente são protetivas e colaboram para o enfrentamento das circunstâncias adversas e o estresse²⁹.

Além dos fatores sociais e religiosos, há outros presentes no indivíduo que favorecem a resiliência, como aspectos individuais – autoestima, autonomia e autocontrole⁴⁴. Cerca de 44% dos entrevistados citaram suporte em seus próprios recursos pessoais, como: “não perder a esperança”, “lutar sempre” e “não se entregar”. Ao comparar os dados da escala EMEP com as afirmativas emocionais (direcionadas à esquiva, pensamento fantasioso, culpa direcionada ao outro e autculpa), observou-se que apresentaram respostas baixas, indicando que não costumam utilizar esse tipo de enfrentamento na situação atual. Esse dado reforça que alguns participantes recorrem a fatores emocionais adaptativos – esperança e aceitação.

Existem muitos processos que podem estabelecer o modo como o paciente vai enfrentar a hospitalização e a doença. E um dos aspectos importantes é a relação da equipe de saúde. Cerca de 44% dos participantes afirmaram que o apoio da equipe de saúde foi fundamental para lidar com a doença e hospitalização. Quando o tratamento se torna humanizado, com boa interação equipe-paciente, permeado de uma comunicação clara e compreensível, facilita que o paciente reduza medos e fantasias e aumente os sentimentos

de cooperação e confiança. O atendimento psicológico durante a hospitalização é uma ferramenta importante, e pacientes que aceitam essa intervenção, geralmente percebem como suporte emocional e facilitador do processo do tratamento⁴⁴. Isso foi evidenciado na fala do participante 5, masculino: “Vem gente, igual ao que a gente tá conversando aqui, então isso aí pra mim (...) parece que tenho amparo.”

Ainda nessa categoria de **Modos de enfrentamento**, observa-se que as subcategorias, como os recursos de enfrentamento religioso/espiritual e o suporte social, são utilizadas com certa relevância pelos entrevistados. Servem como amenizadores da situação de estresse, suporte emocional e como recurso resiliente. Muitos citaram que a presença de acompanhante permitiu lidar de uma maneira menos aversiva com internação e a covid-19. Outros que não tinham esse suporte social presente enfatizaram o uso do aparelho eletrônico celular e seus aplicativos sociais para manter a comunicação com familiares, como uma ferramenta protetiva.

Os recursos pessoais, do mesmo modo, foram evidenciados nos relatos, alguns dos entrevistados sinalizaram aspectos subjetivos ligados à esperança e à autoeficácia que utilizam para fortalecê-los emocionalmente. Outro fator observado na segunda categoria foi o papel fundamental da equipe de saúde no enfrentamento da covid-19 e internação, que demonstra que o serviço da equipe fortalece o paciente – contribui para diminuição da ansiedade e a insegurança. Com base nas pesquisas analisadas, o papel efetivo da equipe de saúde se estabelece favoravelmente no tratamento do paciente e constitui como fator protetivo para evitar agravo na saúde mental.

A última categoria apresentada na Tabela 3, **Aprendizado dessa experiência** foi fragmentada em subcategorias: autocuidado, respeito ao ser humano, conhecimento e aprendizado, reflexão de vida e mudança de pensamento.

Cerca de 11% dos participantes relataram que a covid-19 possibilitou ter mais autocuidado. O autocuidado é importante fator para o bem-estar e qualidade de vida. Promove a consciência de saúde, mudança de estilo de vida e prevenção de doenças. Algumas pesquisas sobre autocuidado dos indivíduos durante a pandemia conseguiram observar que pessoas que apresentavam autocuidado apresentavam baixos níveis de estresse⁴⁵.

Entre os entrevistados, 11% destacaram o respeito ao ser humano como um aprendizado importante: “Me trouxe um aprendizado muito grande de vida (se emocional), de respeito ao ser humano, procurar olhar o ser humano com mais respeito (...)” (P2, masculino). Cerca de 44% dos participantes afirmaram que essa experiência trouxe aprendizado/conhecimento. Caracterizaram como maior experiência de vida, sabedoria e conhecimento sobre a doença. Essa forma de enxergar a experiência dolorosa como algo positivo, diz respeito à própria capacidade do indivíduo em se recuperar e restabelecer, conhecido mecanismo de resiliência. Isso também é evidenciado em outras pesquisas³⁸.

Aproximadamente 22% dos entrevistados declararam que essa vivência permitiu reflexão sobre a vida e seus valores.

“E essas mudanças são justamente onde você vai conseguir analisar e tirar bom fruto de tudo, do que passou, do que está se passando e o que vai passar.” (P4, masculino)

O paciente hospitalizado algumas vezes faz reformulações de seus valores, concepção de homem, mundo e da relação interpessoal. Muitas vezes a própria doença requer mudança de hábitos anteriores, que não dependem somente da escolha pessoal do paciente. Isso faz com que fique mais reflexivo diante da sua situação e da vida⁴.

Aproximadamente 11% dos entrevistados citaram que essa experiência permitiu mudança na percepção do serviço de saúde. A equipe de saúde assume um papel essencial para o paciente, principalmente o idoso hospitalizado. A relação paciente-equipe de saúde se for empática e humanizada, pode contribuir na aceitação e adaptação da pessoa idosa hospitalizada. Propicia melhorias nos fatores físicos e psicológicos do paciente, além de auxiliar no enfrentamento da internação⁴⁶. A atuação da equipe de saúde pautada em um atendimento humanizado, empático, com construção de vínculos e corresponsabilidade pelo cuidado, possibilita ser um instrumento otimizado no enfrentamento da covid-19⁴⁷.

Do mesmo modo, a terceira categoria **Aprendizado dessa experiência** evidenciou respostas relacionadas ao autocuidado, à mudança de visão da humanidade, respeito e empatia ao outro, conheci-

mento sobre a doença e experiência da vida. Outros reiteraram achados de algumas pesquisas acerca do processo da hospitalização, na parte de ser o momento reflexão de vida. Por último, não menos relevante, foi a evidência de mudança de visão da equipe de saúde como positiva. Tal fator serve como suporte emocional e também permite facilitar a adesão do paciente e eficácia do tratamento.

Para completar e trazer mais conteúdo para análise, foi aplicada a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) adaptada nos 9 participantes e analisados dados por porcentagem. Essa escala psicométrica se constitui tipo *Likert* de cinco pontos (1 – Eu nunca faço isso; 2 – Eu faço isso um pouco; neutra 3 – Eu faço isso às vezes; 4 – Eu faço isso muito; 5 – Eu faço isso sempre). Diferente das perguntas de sim/não, permite mensurar as atitudes, concordância ou intensidade de resposta a uma afirmação. Possui 45 itens alternados e distribuídos por 4 fatores, que expressam ações psíquicas e comportamentais para lidar com o momento estressor. Fatores de enfrentamento focalizado no problema (18 itens); enfrentamento focalizado na emoção (15 itens); enfrentamento baseado no suporte social (5 itens); enfrentamento na busca de práticas religiosas (7 itens). E cada afirmativa foi distribuída aleatoriamente na aplicação da escala dos participantes.

Ao analisar as variáveis com *Alfa Crombach*, obtivemos resultados que apresentaram evidência de fidedignidade insuficiente devido ao número pequeno da amostra, logo optamos suceder a verificação por dados em porcentagem das respostas/itens de cada participante, baseada no total de respostas e divididos com os respectivos fatores.

Essa escala *Likert* permite ao entrevistado cinco tipos de respostas, que fazem com que opte por uma resposta positiva (4 – Eu faço isso muito; 5 – Eu faço isso sempre), neutra (3 – Eu faço isso às vezes), ou negativa (1 – Eu nunca faço isso; 2 – Eu faço isso um pouco). Vale ressaltar que esse atributo estabelecido como positivo e negativo, não tem sentido preditivo de bom ou ruim. Para cada item, colocamos nos gráficos a porcentagem das respostas positivas à direita do valor central, simbolizado pela cor verde. Analogamente, para a porcentagem negativa, inserimos a esquerda ao valor central, simbolizado pela cor amarela. Por sua vez, as respostas neutras estão no centro do gráfico, representadas pela cor cinza.

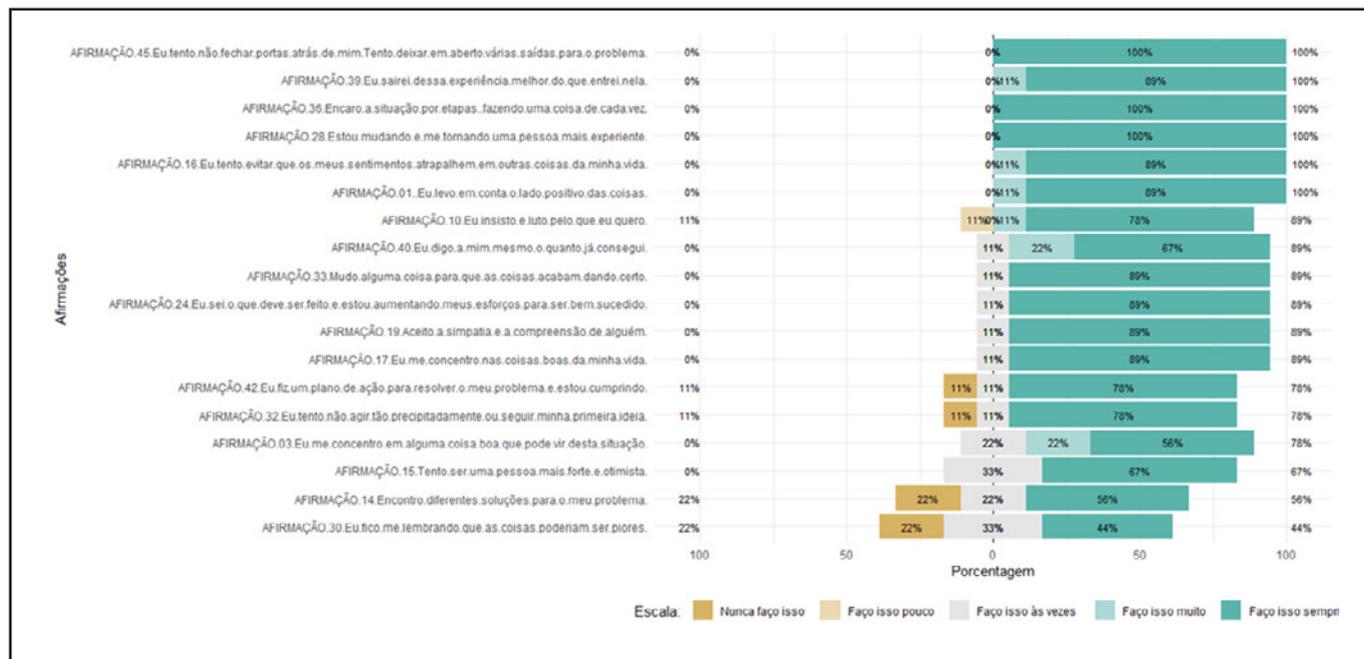


Figura 1 – Enfrentamento focalizado no problema.

Fonte: autores.

No gráfico representado na Figura 1, **Enfrentamento focalizado no problema**, notamos que essa dimensão teve maiores respostas para porcentagem positiva (4 – Faço isso muito; 5 – Faço isso sempre). Essa estratégia utiliza a modificação do problema, envolve a aproximação, aceitação, planejamento e solução da situação adversa. Implica o uso de recursos cognitivos e comportamentais para reavaliação

do problema, permite a proximidade com o fator estressor e a tentativa de mudar a situação vivida¹¹. O enfrentamento depende da forma como a pessoa analisa a situação estressora e de sua percepção de autoeficácia. Sujeitos que utilizam esse tipo de estratégia de forma funcional apresentam mais tolerância à frustração e comportamentos de aceitação e esperança²⁰.

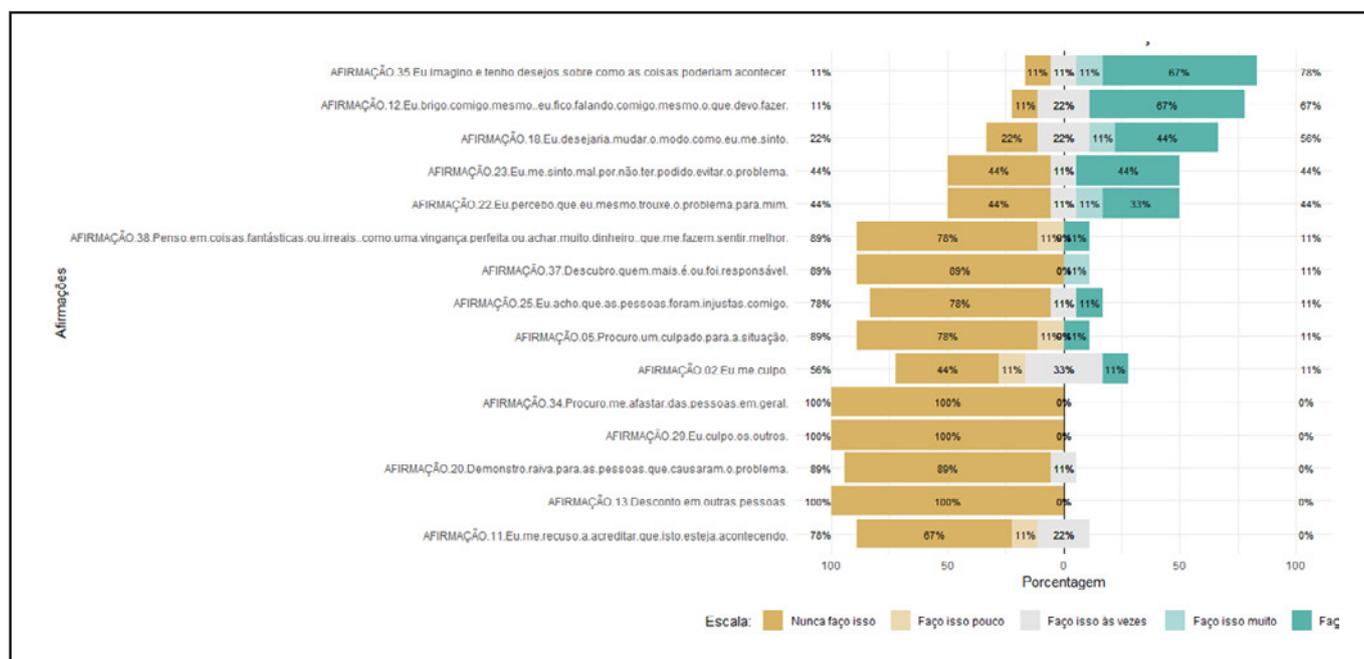


Figura 2 – Enfrentamento focalizado na emoção.

Fonte: autores.

Na dimensão do **Enfrentamento focalizado na Emoção**, observado acima na Figura 2, obteve preponderância de respostas negativas (2 – Faço isso pouco; 1 – Nunca faço). Essa dimensão traz itens direcionados à esquiva, pensamento fantasioso, autculpa e culpabilização do outro. Foi verificado nas escolhas dos participantes que esse recurso é pouco utilizado; no entanto, houve baixa frequência nas respostas direcionadas à autculpa e ao pensamento fantasioso. Geralmente, indivíduos que recorrem a essa forma de enfrentamento apresentam atitudes de afastamento, negação, resistência e culpabilização do outro, o que pode prejudicar a maneira de lidar com a situação adversa²⁰. Observa-se na esfera emocional que os entrevistados apresentam respostas mais adaptativas frente à adversidade.

No gráfico apresentado na Figura 3, **Enfrentamento focalizado na religião/pensamento fantasioso** é possível verificar que os participantes utilizam o recurso da espiritualidade para essa situação estressora, visto que resultou respostas positivas. Observamos a expressividade da recorrência desse enfrentamento nos itens: 44. *Eu me apego a minha fé para superar essa situação* e 05. *Eu rezo/oro*. Alguns estudos apresentam a oração como estratégia de enfrentamento na população idosa. Esse recurso tem uma dimensão central na pessoa idosa, é um importante suporte emocional

e contribui para qualidade de vida, apoio social e manejo do estresse^{21,22}.

Alguns itens dessa dimensão, também indicam a ligação entre pensamentos fantasiosos. No item 41. *Eu gostaria de poder mudar o que aconteceu comigo*, observamos respostas diferentes, 56% dos participantes demonstraram porcentagem negativa (1 – nunca faço isso; 2 – faço isso pouco), somente 33% responderam porcentagem positiva (5 – faça isso sempre), e 11% (3 – às vezes faço).

A última dimensão analisada **Enfrentamento focalizado no suporte social**, observada na Figura 4, descreve quanto o indivíduo recorre ao apoio social como estratégia de enfrentamento. Os resultados demonstraram um número maior de respostas positivas, contudo com menor expressividade, comparado às outras subcategorias. Nota-se que nas afirmativas da escala 09. *Converso com alguém sobre o que estou sentindo*; 43. *Converso com alguém para obter informações sobre a situação*; e 31. *Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver meu problema*, apresentam respostas com porcentagem negativa (1 – nunca faço isso; 2 – faço isso pouco) e neutra (3 – às vezes faço isso) com maior preponderância. Com esse dado, pode inferir que os participantes não recorrem ao recurso social de forma constante.

As funções do suporte social têm como base a garantia de pertencimento e valorização, comparti-

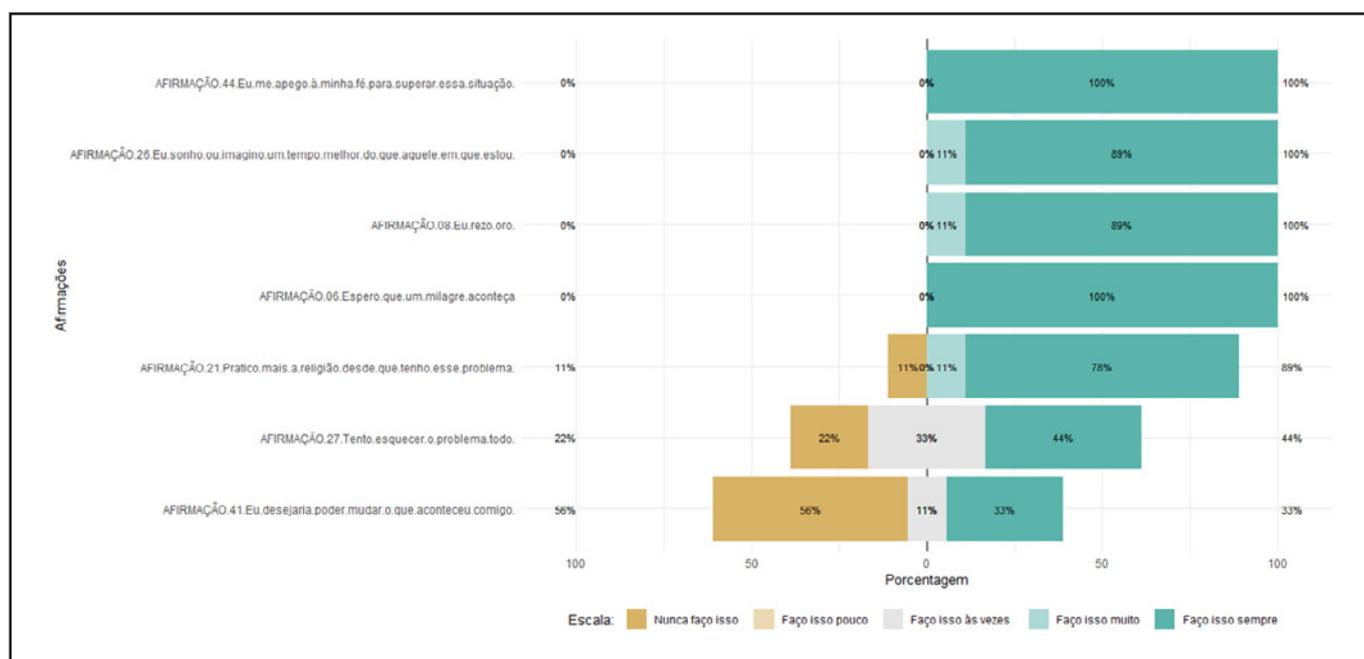


Figura 3 – Enfrentamento focalizado na religião/pensamento fantasioso

Fonte: autores.

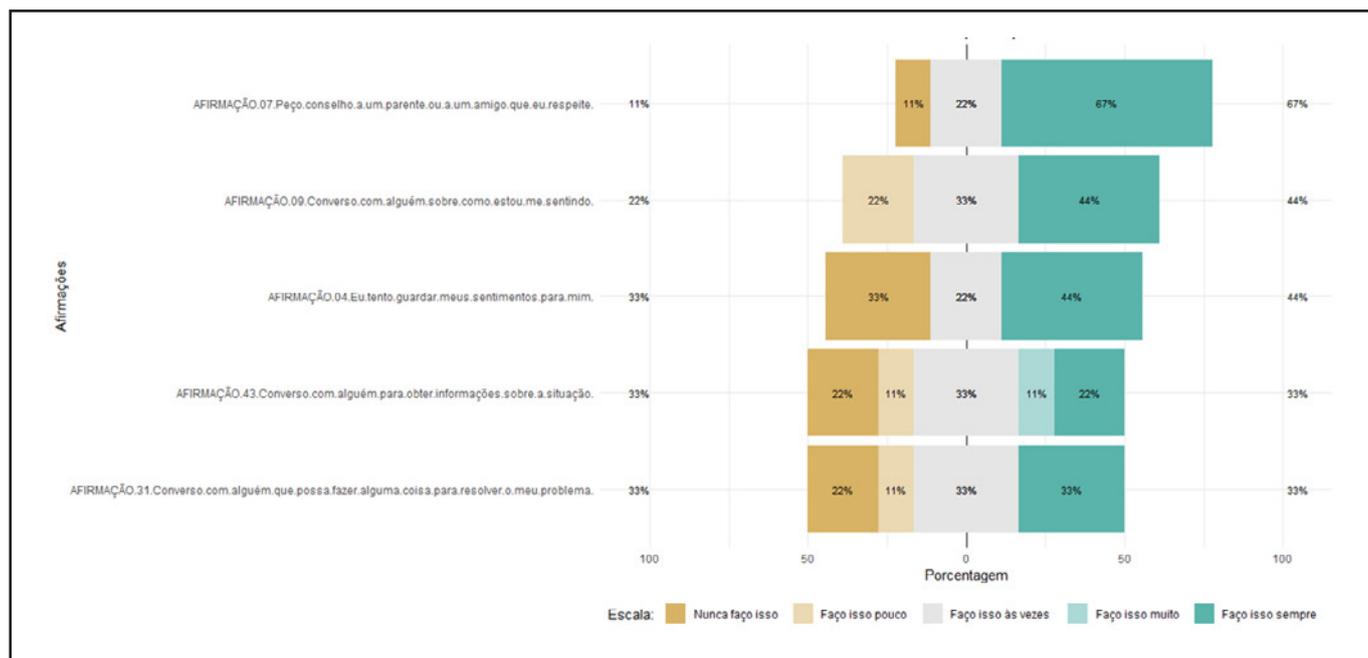


Figura 4 – Enfrentamento focalizado no suporte social.

Fonte: autores.

lhamento de experiências, expectativas, avaliação de competências e comparações. Do mesmo modo, se caracteriza em receber e oferecer apoio instrumental, afetivo e informativo nas relações interpessoais. Ou seja, o suporte social não se baseia na quantidade de membros da rede, mas na qualidade e funcionalidade que esse apoio pode ter⁸.

Verifica-se que na análise da Escala EMEP que nas respostas há maior preponderância nas dimensões focadas na prática religiosa/pensamento fantasioso; focados no problema; e focado no suporte social. Isto significa que os participantes utilizam com maior frequência o recurso de enfrentamento à religião. Também recorrem à resolução de problemas e apresentam maior aceitação da situação atual, percepção realista da situação adversa e traços de planejamento com possíveis soluções. Nos dados relacionados à dimensão do suporte social, apesar de ser utilizada com frequência como modo de enfrentamento, nas afirmativas em que recorrem à ajuda prática do outro, alguns participantes tiveram respostas que sinalizaram baixa procura por esse auxílio. As respostas da dimensão focalizada na emoção apresentaram respostas negativas (2 – Faço isso pouco; 1 – Nunca faço), indicando que os entrevistados costumam não recorrer à culpabilização de si e do outro, negação e pensamento fantasioso. Os resultados demonstraram que os participantes utilizam estratégias de enfrenta-

mento adaptativas para lidar com a situação adversa e todas as dimensões que se destacaram se relacionam entre si e formam uma rede de possibilidades efetivas de enfrentamento ao estresse.

CONCLUSÃO

A pandemia covid-19 afeta a saúde mental da população, principalmente da pessoa idosa. Com intuito de compreender esse fenômeno, essa pesquisa buscou a percepção de alguns indivíduos dessa faixa etária sobre a pandemia e a hospitalização, além de identificar os modos de enfrentamento mais utilizados. Assim como pesquisas que levantam os fatores de riscos da covid-19 se tornam relevantes, compreender as características protetivas do enfrentamento da situação atual contribui para conhecimento e prática em saúde do adulto e do idoso. Isso torna essa pesquisa única e relevante para o atual cenário e posteriormente para futuros estudos.

Entende-se que o impacto do covid-19 para a pessoa idosa trouxe sentimentos como medo, insegurança, mudança de rotina e perda de autonomia. O que corrobora com achados neste estudo e em outras pesquisas sobre os efeitos da pandemia na saúde mental da pessoa idosa. No entanto, também verificamos fatores adaptativos diante dessa situação adversa. Identificamos nos relatos a presença de autocuidado,

autorreflexão sobre a vida e sobre o momento atual. Igualmente, percebemos nos entrevistados mudança de pensamento de esquiva e negação para uma postura de aceitação e proteção à saúde. E a transformação da visão negativa sobre a assistência de saúde para suporte humanizado e acolhedor.

Verificamos que o papel da espiritualidade e do apoio social ajuda o paciente idoso a lidar com a doença, reduz a ansiedade e o medo, e aumenta o sentimento de esperança. As entrevistas e o resultado da escala EMEP corroboraram com outras pesquisas que ressaltam que esses dois fatores contribuem para saúde mental da pessoa idosa, consequentemente para qualidade de vida e no desenvolvimento do envelhecimento. Ainda se destaca a presença das estratégias de enfrentamento focadas no problema, visto que os participantes apresentaram modos de lidar que se aproximam do problema de maneira adaptativa e resiliente. Demonstraram habilidades emocionais de autoeficácia, compreensão das capacidades e otimismo.

Observamos que fatores emocionais, subjetivos, sociais, a percepção do hospital e da doença covid-19 podem determinar o enfrentamento da doença e influenciar no tratamento. Do mesmo modo, o papel da equipe de saúde e seu exercício humanizado e acolhedor no tratamento, faz com que aumente a adesão, a compreensão da doença e a diminuição dos fatores

ansiosos da hospitalização. Isso traz a reflexão sobre a atuação da psicologia hospitalar e sua contribuição na saúde mental do paciente.

No decorrer da pesquisa deparamos com desafios da covid-19, mudança na rotina hospitalar e o surgimento de novas variantes com maior transmissibilidade. A própria característica da enfermagem e sua dinamicidade, além dos desafios da residência multidisciplinar em psicologia nesse contexto de crise. Apesar disso, foi possível colher as entrevistas almejadas e alcançar as reflexões sobre as estratégias de enfrentamento apresentadas pela pessoa idosa no momento da internação em decorrência do covid-19. Importante ressaltar que a pesquisa se estabelece em uma amostra pequena de idosos hospitalizados, por isso requer cuidado com a generalização dos dados.

Diante disso, esperamos que essa pesquisa seja propulsora para novos estudos que promovam a reflexão e construção de estratégias efetivas para a saúde mental. Semelhantemente, é imprescindível que aumentem pesquisas sobre os desafios atuais do envelhecimento, dando destaque ao cuidado e à atenção para essa fase do desenvolvimento humano. Pesquisas que ofereçam mais direcionamentos sobre formas de cuidar da saúde mental e como o serviço de saúde pública podem contribuir em práticas efetivas.

REFERÊNCIAS

1. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Int InterSciencePlace*. 2015 jan-mar;1(7):106-32. Disponível em: <http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>
2. Opas, Organização Pan-Americana da Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
3. Machado WD, et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Rev Ciênc Saberes [Internet]*. 2017 mai-jun [citado 2021 dez 5];3(2):444-51. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>
4. Baptista ASD, Merlin SS. Hospitalização de Idosos em Atenção Interdisciplinar. In Baptista MN, Dias RR, Baptista ASD. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*, 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2018.
5. Zampieri RC, Wanderley KS, Miranda MV. O simbólico do idoso hospitalizado em enfermagem geriátrica: um estudo de caso. *Revista Kairós Gerontologia [periódico na Internet]*. 2013 Dez [acessado 2021 dez 05] 16(4)251-260.

6. Lola MJF (1997) apud in Giacomini T, Wanderley KS. Compreendendo o idoso e sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*; [periódico na Internet]. 2010 Fev-Jun [acessado 2021 dez 04] 13(1),221-230. Disponível em:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4871/3456>
7. Falcão DVS, Araújo LF. *Idosos e Saúde Mental*. Campinas: Editora Papirus; 2010.
8. Fortes-Burgos ACG, Neri AL. A Dinâmica do Estresse e Enfrentamento na Velhice. In Freitas VF e Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª edição. 2084-2102 Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2013.
9. Folkman S, Lazarus RL, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(5), 992-1003 [cited 2021 nov 4]. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3712234/> DOI: 10.1037/0022-3514.50.5.992
10. Dias EM, Pais-Ribeiro JL. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*. 11(2), 55-66. [periódico na Internet] 2019 Maio-Agos [acessado 2021 nov 4]. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
11. Seild EMF, Tróccoli BT, Zannon CML. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [periódico na Internet] 2020 Set/Dez [acessado 2021 dez 05]. 5(1) 225-234 Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
12. Fhon JRS et al. Atendimento hospitalar ao idoso com COVID-19. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2020 jul-nov [acessado 2021 dez 04] 28:e3386. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/G3t7j6xhWCBY86LjCTMyQGn/?format=pdf&lang=pt>
13. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do Idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Revista Cogitare Enfermagem* [periódico na Internet]. 2020 Abril [acessado 2021 dez 04] 25: e72849. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
14. Figueireido NM et al. Espectro clínico da covid-19 em idosos: revisão integrativa da literatura Covid-19. *Brazilian Journal of Development*. Set 2020 6(9), 68173-68186, ISSN 2525-8761.
15. Barbosa GC. Atuação do psicólogo hospitalar na visão sistêmica de Mony Elkaim: as contribuições e desafios do trabalho realizado com idosos hospitalizados. *Rev Psicologia PUC*. 2018;3(6):293-308.
16. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Artigos 927 a 954 [Internet]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm
17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. 70. Portugal; 1977.
19. Marrocos EM et al. Percepção dos idosos sobre as repercussões da pandemia por COVID-19 em sua saúde. *Research, Society and Development* [periódico na Internet]. 2021 Jul [acessado 2021 dez 05] 10(9) e41010918067.
20. Neri AL. Bem-estar Subjetivo, Personalidade e Saúde na Velhice. In Freitas VF e PY L, colaboradores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª edição. 2068-2083 Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2013.

21. Lima BFV. *Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida nos Idosos*. [dissertação] Braga (PO) Universidade Católica Portuguesa. 2013.
22. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2010 Agos-Set [acessado 2021 dez 04]63(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400004>
23. Campos TCP. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1995.
24. Santini ZI et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*. 2020 Jan [cited 2021 dec 05] 5(1) 62-70. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(19\)30230-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(19)30230-0.pdf)
25. Shigemura J, Kurosawa M. Mental health impact of the COVID-19 pandemic in Japan. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Jul [cited 2021 dec 28] 12(5) 478-479. ISS 1942-969X. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000803>
26. Souza Filho ZA, Nemer CRB, Teixeira E, Neves ALM, Nascimento MHM, Medeiros HP, Panarra BACS, Lima PAV, Gigante VCG, Oliveira VLG. Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. *Revista Anna Nery* [periódico na Internet]. 2019 Dez/2020 Mar [acessado 2021 dez 05] 25(spe):e20200495. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0495>
27. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Debates em psiquiatria*, [periódico na Internet]. 2020 Abr/Jun [acessado 2021 dez 05] 42:232-5. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-2>
28. Clark AD, Beck AT. *Terapia Cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Ed. Artmed. Porto Alegre: 2012.
29. Pereira MD et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Revista Research, Society and Development* [periódico na Internet]. 2020 Mai [acessado 2021 dez 05] 9(7)e65297454. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
30. Ho CSH, Che CYI, Ho RCM. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Academy of Medicine*. 2020 Mar [cited 2021 dec 04] 49(3),155-160. Available from: <https://annals.edu.sg/pdf/49VolNo3Mar2020/V49N3p155.pdf>
31. Wang Y et al. Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Journal of Health Psychology*. Post 2020 17 Apr; 25(6). Available from: <https://doi.org/10.1177/1359105320919177>
32. Santana RS, Aragão LIS, Bernardo KJC. Intervenção psicossocial com idosos no contexto da pandemia Covid-19: um relato de experiência. *Revista Boletim de conjuntura* [periódico na Internet]. 2021 Jul/Ago [acessado 2021 dez 05] 6(16) ISSN: 2675-1488. Disponível em: <http://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/273/253>

33. Li S, Wang YXJ, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active weibo users. *Internation Journal Environ Res Public Health Post*. 2020 28 Feb; Mar 19; 17 (6) 2032. Available from:
<https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
34. Poland GA, Fleming DM, Treanor JJ, Maraskovsky E, Luke TC, Ball EM et al. New wisdom to defy an old enemy: summary from a scientific symposium at the 4th Influenza Vaccines for the World (IVW) 2012 Congress. 2013; 11 October, Valencia, Spain. *Vaccine*, 31, A1-A20. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.02.033>
35. Malloy-Diniz LF et al. Saúde mental na pandemia de Covid-19: considerações práticas multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento. *Debates em psiquiatria* [periódico na Internet]. 2020 Jun [acessado 2021 dez 05] 10(2):46-68. Disponível em:
<https://doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-6>
36. Leão LRB et al. Capacidade funcional e resiliência em idosos hospitalizados. *Revista enfermagem UFPE* [periódico na Internet]. 2018 Jun [acessado 2021 dez 04] 12(6)1500-1506 ISSN: 1981-8963. Disponível em:
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231559p1500-1506-2018>
37. Nunes S et al. Ansiedade, Depressão e Enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde & Doenças* [periódico na Internet]. 2013 Abr/Jun [acessado 2021 dez 05] 14(3) ISSN 2182-8407. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/362/36229333002.pdf>
38. Ribeiro LCM, Luna VLR, Medeiros KT. Estratégias de Enfrentamento das Doenças por Idosas Hospitalizadas. *Revista Psico-USF* [periódico na Internet]. 2018 Jul/Set [acessado 2021 dez 05] 23(3). Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-82712018230307>
39. Santos L, Sousa G. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [periódico na Internet]. 2012 Dez/Fev [acessado 2021 dez 05] 15(4)755-765. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400014>
40. Reis LA, Menezes TMO. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. *Revista Brasileira de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2017 Jul/Ago [acessado 2021 dez 05] 70(4)761-6. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>
41. Mazuchelli LP et al. Discursos sobre os idosos, desigualdade social e os efeitos das medidas de distanciamento social em tempos de covid-19. *Revista Saúde e Sociedade* [periódico na Internet]. 2021 Ago [acessado 2021 dez 05] 30(3) e200885. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200885>
42. Monahan C, Macdonald J, Lytle, A, Apriceno M, Levy SR. COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *American Psychologist*. 2020 Apr/Jun [cited 2021 dec 05] 75(7),887-896. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1037/amp0000699>
43. Borges HA, Vargas DRM. As dificuldades encontradas pelo idoso hospitalizado sem acompanhante. *Revista Científica do ITPAC*, pub. 6 2011 jul. 4(3), 2011.
44. Bianchini DCS, Dell'algio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*; 2006 Dez;16(35)427-436. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/paideia/a/5tYyPZFRYXdTyZHPktKzqdC/?lang=pt>

45. Martinez M et al. Validity and reliability of the Self-Care Activities Screening Scale (SASS-14) during COVID-19 lockdown. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Jan [cited 2021 dec 05] 19(1), 1-12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01607-6>
46. Martins JJ et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *Arquivos Catarinenses de Medicina* [periódico na Internet]. 2008 Jan [acessado 2021 dez 05] 37(1) 30-37. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/532.pdf>
47. Santos TS et al. Relacionamento interpessoal durante a pandemia da COVID-19: o uso das tecnologias leves e o fortalecimento da atenção à saúde. In: Rozendo AS, et al., organizadores. *Contribuições da saúde coletiva no contexto da pandemia de COVID-19: saberes e práticas*. Maceió: EDUFAL; 2021.
48. Celestino FKS. *Enfrentamento, qualidade de vida, estresse, ansiedade e depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: avaliações e correlações* [dissertação] Brasília (DF). Universidade de Brasília, 2009. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4661/1/2009_FabiolaKrystinaSilveiraCelestino.pdf

