

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

JOSUÉ FERREIRA SAMPAIO

**A VULNERABILIDADE DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO EM TEMPOS DE
COVID-19**

LONDRINA

2023

JOSUÉ FERREIRA SAMPAIO

**A VULNERABILIDADE DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO EM TEMPOS DE
COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Bioética da Escola de Medicina e Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Anor Sganzerla.

Coorientadora: Dr^a. Nelly Lopes de Moraes Gil

LONDRINA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9 /1636

S192v
2023 Sampaio, Josué Ferreira
A vulnerabilidade do paciente esquizofrênico em tempos de Covid-19 / Josué
Ferreira Sampaio ; orientador: Anor Sganzerla ; coorientadora: Nelly Lopes de
Morais Gil. -- 2023
62 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2023.
Bibliografia: f. 52-58

1. Bioética. 2. Esquizofrenia. 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. COVID-19 (Doença).
I. Sganzerla, Anor. II. Gil, Nelly Lopes de Moraes.
III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em
Bioética. IV. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

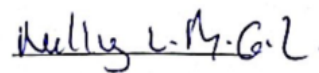
DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº05/2023
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às oito horas e trinta minutos do dia vinte e oito de fevereiro do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/84700861231?pwd=Qkw0S3pjWFB5Z3ZkS0ZxYVEwWkdHdz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **A VULNERABILIDADE DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO EM TEMPOS DE COVID-19** pelo aluno **Josué Ferreira Sampaio** sob orientação do Professor Doutor Anor Sganzerla como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Anor Sganzerla
Presidente (PUCPR)



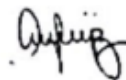
Professora Doutora Nelly Lopes de Moraes Gil
Coorientadora (UEL)



Professor Doutor Renato Soleiman Franco
Membro interno (PUCPR)



Professora Doutora Rafaely de Cassia Nogueira Sanches
Membro externo (UEL)

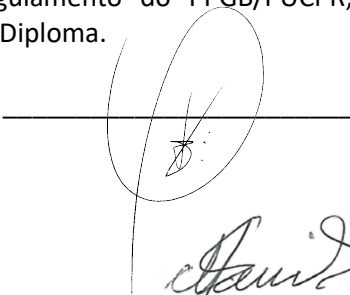


Início: 08:30 Término: 10:30

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado **aprovado**. (aprovado/reprovado).

O(A) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao **até 60** dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Josué Ferreira Sampaio**



Professor Doutor Mário Antônio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética



Dedico este trabalho

Ao meus pais (*in memoria*) por serem a razão de minha existência, pilares da minha formação como ser humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor Deus, primeiramente, por sua luz diária e constante, me guiando para o caminho do sucesso

A querida esposa Cleusa e minha filha Pollyana, pelo apoio incondicional, especialmente nos momentos de exaustão as constantes atividades acadêmicas e profissionais.

Ao professor orientador Dr. Anor Sganzerla. Só tenho a agradecer pela paciência e tranquilidade nas orientações, proporcionando a mim, segurança e acima de tudo liberdade para conduzir o tema.

A professora coorientadora Dra. Nelly Lopes de Moraes Gil, um elo forte que me incentivou a prosseguir, e com seu conhecimento orientar este trabalho.

A banca examinadora, pelas importantes contribuições. Agradeço por terem aceitado o convite, o que possibilitou elevar a qualidade deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, por todo o aprendizado adquirido.

Por fim, não menos importantes, sou grato aos profissionais da equipe multiprofissional do Hospital Psiquiátrico de Maringá, dos departamentos: médico, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, pelo apoio e disponibilidade dispensada principalmente nos momentos das entrevistas.

“Não há lugar para a sabedoria onde não há paciência”

Santo Agostinho

RESUMO

A esquizofrenia se apresenta como um problema de saúde pública, de evolução crônica e marcada pela desorganização dos processos mentais e pelo forte estigma social. Atualmente, o acompanhamento multiprofissional e adesão adequada ao tratamento possibilitam uma melhora no desempenho das atividades diárias e maior qualidade de vida. Diante desse contexto este estudo busca resposta para a seguinte pergunta: qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico hospitalizado durante o período de pandemia da covid-19? Assim, estabeleceu-se como objetivo conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico hospitalizado durante o período de pandemia da covid-19. Trata-se de um estudo exploratório transversal, de abordagem qualitativa, realizado em um hospital especializado em transtornos mentais. Os sujeitos da pesquisa foram compostos por uma equipe de nove profissionais, constituído por um técnico de enfermagem, um enfermeiro, três médicos, um assistente social, um terapeuta ocupacional e dois psicólogos. Definiu-se os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos do presente estudo: ser profissional de saúde e atuar no Hospital Psiquiátrico. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença e que não aceitaram participar do estudo. Foi utilizado um instrumento com informações objetivas para caracterização dos participantes e um roteiro de entrevista semiestruturado. A entrevista ocorreu no auditório do hospital e foram respeitadas as normas de biossegurança no combate a Covid-19. O conteúdo das entrevistas foi gravado e transcrito na íntegra. As transcrições, foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), seguindo as três etapas. Na etapa da pré-análise foi realizada com auxílio do software *IRAMUTEQ Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires*, versão 0.7 alpha 2. Empregou-se então a análise através do dendograma, que permite agrupar em seus níveis de similaridade. Da convergência entre as categorias iniciais obtidas a partir da análise de conteúdo e a organização dos dados pelo software, originaram-se duas categorias finais. A primeira denominada “Doente mental, vulnerável e a sua prioridade na vacina: relação entre a saúde/doença mental e a vulnerabilidade do indivíduo” e a segunda “Esquizofrenia, alucinação, delírio e seu tratamento: o esquizofrênico, o transtorno mental e o cuidado pessoal e social”, e emergiu três subcategorias: enfrentamento do estigma e discriminação; a vivência de situações de violência moral e física e a pandemia e o acesso ao serviço de saúde pelo esquizofrênico. Os resultados apontaram que além da vulnerabilidade por preconceito e exclusões do paciente esquizofrênico, os profissionais relatam que os pacientes sentem dificuldades no acesso às medidas preventivas de saúde. A pandemia favoreceu o isolamento da pessoa com esquizofrenia, e comprometeu o enfrentamento da doença e potencializou a vulnerabilidade a doença. A partir da pandemia, novas práticas estão sendo adotadas com o objetivo de proporcionar uma assistência integral à pessoa com sofrimento psíquico. Assim, esse estudo pode contribuir para uma maior reflexão sobre a vulnerabilidade dos pacientes com esquizofrenia, de forma a ser repensado e recomendado sua inclusão na classificação dos pacientes vulneráveis nos órgãos de saúde para futuras prioridades.

Descritores: Esquizofrenia, Estudo sobre vulnerabilidade, Covid-19, Bioética.

ABSTRACT

Schizophrenia presents itself as a public health problem, of chronic evolution and marked by disorganization of mental processes and strong social stigma. Currently, multidisciplinary follow-up and adequate adherence to treatment allow an improvement in the performance of daily activities and a better quality of life. In this context, this study seeks an answer to the following question: what is the perception of the multidisciplinary team about the vulnerability of hospitalized schizophrenic patients during the period of the covid-19 pandemic? Thus, the objective was to know the perception of the multidisciplinary team about the vulnerability of hospitalized schizophrenic patients during the period of the covid-19 pandemic. This is an exploratory cross-sectional study with a qualitative approach, carried out in a hospital specialized in mental disorders. The research subjects were composed of a team of professionals, consisting of nursing technicians, nurses, doctors, social workers, occupational therapists and psychologists. The following inclusion criteria for the subjects of the present study were defined: being a health professional and working at the Psychiatric Hospital. Professionals who were on vacation or leave and who did not agree to participate in the study were excluded. An instrument with objective information was used to characterize the participants and a semi-structured interview script. The interview took place in the hospital's auditorium and biosafety standards were respected in the fight against Covid-19. The content of the interviews was recorded and transcribed in full. The transcripts were submitted to the thematic content analysis technique proposed by Bardin (2016), following the three stages. The pre-analysis stage was carried out using the IRAMUTEQ Interface de R software for multidimensionnelles analyses of texts and questionnaires, version 0.7 alpha 2. The analysis was then performed using a dendrogram, which allows grouping according to similarity levels. From the convergence between the initial categories obtained from the content analysis and the organization of the data by the software, two final categories originated. The first called "Mentally ill, vulnerable, priority in the vaccine: mental health/illness and vulnerability of the individual" and the second "Schizophrenia, treatment, hallucination and delirium: Schizophrenic, mental disorder, personal, social care" three subcategories emerged: tackling stigma and discrimination; the experience of situations of moral and physical violence and the pandemic and access to health services by schizophrenics. The results showed that in addition to vulnerability due to prejudice and exclusion, professionals report that patients experience difficulties in accessing preventive health measures. The pandemic favored the isolation of people with schizophrenia, compromised coping with the disease and increased vulnerability to the disease. Since the pandemic, new practices are being adopted with the aim of providing comprehensive assistance to people with psychological distress. Thus, this study can contribute to a greater reflection on the vulnerability of patients with schizophrenia, in order to be rethought and recommend its inclusion in the classification of vulnerable patients in health agencies for future priorities.

Descriptors: Schizophrenia, Vulnerability Study, Covid-19, Bioethics.

RESUMEN

La esquizofrenia se presenta como un problema de salud pública, de evolución crónica y marcado por la desorganización de los procesos mentales y un fuerte estigma social. Actualmente, el seguimiento multidisciplinario y la adecuada adherencia al tratamiento permiten una mejora en el desempeño de las actividades diarias y una mejor calidad de vida. Ante este contexto, este estudio busca dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Percepción del equipo multidisciplinario sobre la vulnerabilidad de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados durante la pandemia de covid-19? los pacientes esquizofrénicos, durante el período del Covid-19, vieron incrementada su vulnerabilidad debido a sus comorbilidades preexistentes, con el fin de recomendar su inclusión en la clasificación de pacientes vulnerables en agencias de salud a futuras prioridades? Así, el objetivo fue conocer la percepción del equipo multidisciplinario sobre la vulnerabilidad de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados durante el período de la pandemia de covid-19. Se trata de un estudio transversal exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en un hospital especializado en trastornos mentales. Los sujetos de la investigación fueron compuestos por un equipo de profesionales, compuesto por técnicos de enfermería, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Se definieron los siguientes criterios de inclusión para los sujetos del presente estudio: ser profesional de la salud y trabajar en el Hospital Psiquiátrico. Fueron excluidos los profesionales que se encontraban de vacaciones o licencia y que no aceptaron participar del estudio. Se utilizó un instrumento con información objetiva para caracterizar a los participantes y un guión de entrevista semiestructurado. La entrevista se realizó en el auditorio del hospital y se respetaron las normas de bioseguridad en la lucha contra el Covid-19. El contenido de las entrevistas fue grabado y transcrito en su totalidad. Las transcripciones fueron sometidas a la técnica de análisis de contenido temático propuesta por Bardin (2016), siguiendo los tres pasos. La etapa de preanálisis se realizó con la ayuda del software IRAMUTEQ Interface de R para análisis multidimensional de textos y cuestionarios, versión 0.7 alpha 2. Luego se utilizó el análisis a través del dendrograma, que permite agrupar según sus niveles de similitud. De la convergencia entre las categorías iniciales obtenidas del análisis de contenido y la organización de los datos por parte del software, se originaron dos categorías finales. El primero denominado “Enfermo mental, vulnerable, prioridad en la vacuna: salud/enfermedad mental y vulnerabilidad del individuo” y el segundo “Esquizofrenia, tratamiento, alucinación y delirio: esquizofrénico, trastorno mental, cuidado personal, social” surgieron tres subcategorías: abordar el estigma y la discriminación; la vivencia de situaciones de violencia moral y física y la pandemia y el acceso a los servicios de salud por parte de esquizofrénicos. Los resultados mostraron que además de la vulnerabilidad por el prejuicio y la exclusión, los profesionales relatan que los pacientes experimentan dificultades para acceder a las medidas preventivas de salud. La pandemia favoreció el aislamiento de las personas con esquizofrenia, comprometió el afrontamiento de la enfermedad y aumentó la vulnerabilidad a la enfermedad. A partir de la pandemia se están adoptando nuevas prácticas con el objetivo de brindar una asistencia integral a las personas con malestar psíquico. Así, este estudio puede contribuir a una mayor reflexión sobre la vulnerabilidad de los pacientes con esquizofrenia, a fin de ser repensada y recomendar su inclusión en la clasificación de pacientes vulnerables en los organismos de salud para futuras prioridades.

Descriptores: Esquizofrenia, Estudio de Vulnerabilidad, Covid-19, Bioética.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AMA	<i>American Medical Association</i>
CDC	Centro de Controle de Doença
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Coronavírus-19
CFB	Constituição Federal Brasileira
DDDM	Declaração de Direitos do Deficiente Mental
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
HP	Hospital Psiquiátrico
IRAMUTEQ	Interface de R <i>pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>)
MS	Ministério da Saúde
NHS	Cuidados paliativos
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SARS-CoV-2	Novo Coronavírus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL	19
3.1.1 O paciente com esquizofrenia	21
3.1.1.1 Efeitos do Covid-19 em pacientes com esquizofrenia	22
3.2 DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	23
3.3 BIOÉTICA E SEUS PRINCÍPIOS APLICADO A ESQUIZOFRENIA	25
3.3.1 O princípio da autonomia	26
3.3.2 O princípio da beneficência	27
3.3.3 O princípio da não-maleficência	28
3.3.4 O princípio da justiça	28
3.4 A VULNERABILIDADE COMO UM PRINCÍPIO ÉTICO	29
3.4.1 A vulnerabilidade do paciente com esquizofrenia no contexto da pandemia	30
4. METODOLOGIA	31
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	31
4.2 CAMPO DE PESQUISA	31
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
4.3.1 Amostra	32
4.3.2 Recrutamento	32
4.4 INSTRUMENTOS	33
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	33
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS	35
5.1 CATEGORIA A: DOENTE MENTAL, VULNERÁVEL, PRIORIDADE NA VACINA - A SAÚDE/DOENÇA MENTAL E A VULNERABILIDADE DO INDIVÍDUO	36
5.2 CATEGORIA B. ESQUIZOFRENIA, TRATAMENTO, ALUCINAÇÃO E DELÍRIO: ESQUIZOFRÊNICO, TRANSTORNO MENTAL, CUIDADO PESSOAL, SOCIAL	38
5.2.1 Enfrentamento do estigma e discriminação	39
5.2.2 A vivência de situações de violência moral e física	40
5.2.3 A pandemia e o acesso ao serviço de saúde pela esquizofrenia	41

6. DISCUSSÃO	43
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO, PESQUISA NA ENFERMAGEM	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	56
ANEXOS	60

APRESENTAÇÃO

A convivência com pacientes com transtornos mentais, o conhecimento de suas limitações e suas comorbidades, permite perceber certa parcialidade nesse momento de pandemia, gera preocupação com os critérios e as prioridades de imunização contra a covid-19. Isso leva a recordar o passado, quando os pacientes com transtornos mentais eram considerados subgrupos com direito a cuidados mínimos da equipe de saúde (MORAES, MONTEIRO, 2017).

Atualmente, há evidências de que indivíduos com transtornos mentais, e particularmente indivíduos com esquizofrenia, devem ser priorizados para a vacinação contra a Covid-19, pois as taxas de hospitalização e mortalidade são maiores nessa população em comparação com a população geral (BITAN, et al 2021). As barreiras atitudinais à vacinação podem reduzir a absorção de vacinas nessa população, mas permanecem em grande parte inexploradas, especificamente no contexto da pandemia de COVID-19 (MAZEREEL, et al 2021; SUHAS, 2021).

O Art. 1º da Lei nº 10.216/2001 trata dos direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, assegurando-os de “qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”.

Entende-se que a classificação na qual se incluem os doentes mentais independe da condição social, devendo-se considerar sua condição moral, mesmo que assinem um termo de consentimento livre e esclarecido, mesmo que haja campanha de conscientização, sempre irão estar vulneráveis moralmente, vítima de preconceito e exclusão social, que é o caso do negro, homossexuais etc.

A pandemia vulnerabilizou toda a humanidade. Os órgãos saúde dos diferentes países já possuíam antes da pandemia, uma classificação de pessoas que seriam das mais vulneráveis para as doenças de contextos oportunistas. Nessa classificação, o paciente esquizofrênico não é considerado prioritário e, por isso, também não teve prioridade no caso da Covid-19.

O interesse pela temática surgiu durante a minha atuação como Enfermeiro em um hospital psiquiátrico por trinta e três anos. Tal período permitiu identificar a vulnerabilidade apresentada pelos pacientes em sofrimento psíquico, em especial o esquizofrênico. Atualmente, estimulado pela vivência de uma pandemia, despertou ainda mais a atenção sobre a temática, ao considerar que o paciente com esquizofrenia apresenta maior vulnerabilidade ao desencadeamento da crise, em situação de estresse e às adversidades da vida.

Assim, optou-se por desenvolver uma pesquisa junto aos profissionais de uma instituição psiquiátrica para emergir informações, que venham de encontro a temática e subsidiar análise sobre a importância do paciente esquizofrênico no contexto da Covid-19 e sua inserção em grupos de vulneráveis a doença.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a *Organização Pan-Americana da Saúde*, 23 milhões de pessoas no mundo tem o diagnóstico de esquizofrenia. Somente no Brasil, dois milhões de brasileiros apresentam a doença (OPAS, 2021). Segundo a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), a doença é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos, considerando-se todas as doenças (OMS, 2021).

Desde que o primeiro caso do vírus (SARS-CoV-2) se espalhou rapidamente por todo o mundo, a doença de coronavírus-19 se tornou uma emergência global de saúde pública e assim, a necessidade de precauções para conter a sua propagação. Além de ser uma ameaça à saúde física, a introdução de regulamentações e restrições relacionadas ao Covid-19 também afetou negativamente diversos domínios da vida, como educação, emprego, vida social e economia (GHEBREYESUS, 2020), induzindo medo generalizado, ansiedade, depressão, estresse, problemas de sono e sofrimento psicológico geral, afetando de certo modo toda a população, seja físico ou psicologicamente (BANERJEE, RAI, 2020; TORALES et al., 2020). Em resumo, o COVID-19 afetou quase todos fisicamente e psicologicamente.

No entanto, indivíduos com doença mental grave enfrentaram efeitos físicos e psicológicos mais intensos da pandemia de COVID-19 do que a população em geral (DRUSS, 2020; MURUGANANDAM et al., 2020), e a história psiquiátrica anterior representou um fator de risco para maior sofrimento psicológico (MOUSAVI, 2021). De fato, em uma amostra da Itália, Iasevoli et al (2021) mostraram que pacientes com doença mental grave tiveram pontuações mais altas nas medidas de estresse, ansiedade e sintomas depressivos relacionados ao COVID-19 em comparação com os não psiquiátricos.

Diversos estudos no Brasil e no mundo, apontam que pessoas com esquizofrenia podem ser mais suscetíveis à transmissão do Covid-19 devido a fatores como comprometimento cognitivo, menor consciência do risco e barreiras ao controle adequado de infecções, incluindo vida em grupo (FONSECA et al., 2020; GOULART et al., 2021; MOHAN, et al., 2021; NEMANI et al., 2021; LEE et al., 2022). Isso pode acontecer pois a esquizofrenia é caracterizada por deficiências na percepção e na capacidade de tomada de decisão. Assim, pode ser mais difícil para as pessoas com esquizofrenia adotar e aderir às medidas de proteção recomendadas para prevenir a infecção, a exemplo de lavagem das mãos, distanciamento ou isolamento social e confinamento (FONSECA, et al 2020; KOZLOFF, et al 2020).

As perdas e deficiências na assistência às pessoas que vivem com esquizofrenia correm maior risco de desfechos adversos, incluindo morte, porque em comparação com a população

em geral, elas geralmente têm saúde física pior, tem desvantagens socioeconômicas, são mais desconectadas socialmente, e sofrem estigma e discriminação generalizados (YAO, 2020; TZUR et al., 2021). Tais características sugerem que essa população pode estar em maior risco de contaminação, e espera-se que os pacientes infectados também tenham maior risco de desfechos ruins ou complicações do Covid-19, principalmente devido a taxas mais altas de comorbidade e possível imunodeficiência associada à doença (FONSECA et al., 2020 ; BARLATI et al., 2021).

Assim, os pacientes com esquizofrenia podem ter menos capacidade de montar uma resposta imunológica adequada à infecção, o que os torna menos eficientes na luta contra os vírus, além das dificuldades para seguir uma conduta preventiva contra o vírus e serem menos propensos a procurar atendimento médico devido à motivação, isolamento social ou estigma (NEMANI et al., 2021). Assim, pessoas diagnosticadas com o distúrbio mental também têm risco aumentado de doenças cardiovasculares, tabagismo e diabetes, o que aumenta a influência no agravamento da COVID-19 (NEMANI et al., 2021).

Outra razão para esperar que a pandemia de Covid-19 afete negativamente a saúde mental de pacientes com esquizofrenia é a perda de apoio social. Pacientes com esquizofrenia costumam ter redes sociais pequenas e de pior qualidade do que a população em geral (DEGNAN et al., 2018), de modo que a pandemia pode impactar significativamente os pacientes com esquizofrenia devido ao confinamento e distanciamento social obrigatório, o que diminui o acesso ao suporte social que auxilia na tratamento do transtorno (DEGNAN et al., 2018) e capacidade de lidar com o estresse (MONTROSS et al., 2005; VOLAVKA E CITROME, 2011).

O distanciamento social também pode ter um impacto desproporcional na qualidade de vida, uso de substâncias, sintomas de paranoia e capacidade de manter as necessidades básicas, dada a forte dependência das pessoas com esquizofrenia de apoio à renda e outros serviços comunitários de acesso mais difícil, que pode levar a uma maior deterioração devido à pandemia (HAKULINEN et al., 2020; HAMADA E FAN, 2020; KOZLOFF et al., 2020). Além disso, a duração do confinamento, a falta de estratégias de enfrentamento, problemas financeiros, mudanças nos padrões de sono e alimentação e interrupção das rotinas diárias são fatores de Covid-19 que podem aumentar a ansiedade, o estresse e a depressão nesses pacientes (SALARI et al., 2020).

As restrições de acesso a serviços de saúde mental e hospitais têm gerado novas complicações, principalmente para pacientes que recebem antipsicóticos injetáveis de longa duração, levando a um risco aumentado de recaída decorrente da menor adesão ao tratamento

(IFTENI et al., 2020; ZHAND E JOOBER, 2021). Em um estudo italiano de indivíduos com esquizofrenia residentes em lares e em tratamento ambulatorial, observou que aqueles em tratamento ambulatorial eram quatro vezes mais propensos a perceber maior estresse relacionado à pandemia do que aqueles que viviam em moradias protegidas e tinham duas a três vezes mais risco de sintomas significativos de ansiedade e depressão (BURRAI et al., 2020).

Uma vez que a vulnerabilidade do paciente com esquizofrenia hospitalizado durante a pandemia é pouco estudada no contexto brasileira, essa lacuna justificou a necessidade de conhecer na percepção da equipe multiprofissional essa vulnerabilidade de forma a contribuir para futuras prioridades.

Diante do exposto, o estudo buscou resposta para a seguinte pergunta: qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico hospitalizado durante o período de pandemia da covid-19? Assim, estabeleceu-se como objetivo conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico hospitalizado durante o período de pandemia da covid-19.

A hipótese levantada é de que o paciente esquizofrênico historicamente tende a ter mais problemas de saúde e uma menor expectativa de vida do que outros pacientes com sofrimento psíquico. A doença (esquizofrenia) pode aumentar o risco de infecção como, por exemplo, a dificuldade para seguir uma conduta preventiva contra o vírus e ser menos propensos a procurar atendimento médico.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL

Por muito tempo, a loucura foi percebida apenas como uma manifestação humana, recebendo explicações baseadas na mitologia e até mesmo na religiosidade, ou seja, sem a conotação do ponto de vista clínico. Na Grécia Antiga, considerava-se que o louco tinha poderes e, portanto, suas palavras constituíam um importante saber vindo diretamente dos deuses. Posteriormente, na baixa Idade Média, em um período marcado pelo medo, pela peste e pela lepra, a loucura era exaltada, causando medo e atração ao mesmo tempo. Na sequência, foi considerada uma possessão por maus espíritos, que precisavam ser excluídos (ALVES et al., 2009).

Quando o mundo ocidental conheceu o racionalismo, a loucura tornou-se sinônimo de “desrazão”, isso é, o louco transgredia ou ignorava a moral racional. Com isso, passa-se a associar a loucura com a periculosidade e, assim, ela adquire um caráter moral, desqualificante. A consequência dessa visão é o encarceramento como medida de controle social. Somente em 1793, Pinel, na França, confere à loucura o conceito de doença mental e, portanto, deveria ser tratada pela medicina (ALVES et al., 2009).

Tem-se, portanto, que a institucionalização daqueles que apresentavam doenças mentais se deu no contexto da Revolução Francesa. Apesar do lema liberdade, igualdade e fraternidade, havia uma profunda alienação daqueles a quem se considerava não ter condições de possuir o direito de cidadania e não podiam ser excluídos passaram a ser internalizados (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010). Essa concepção prevaleceu por cerca de 150 anos e só foram questionadas, com maior ênfase, após a II Guerra Mundial o que levou às reformas psiquiátricas (LUCENA; BEZERRA, 2012). Nos Estados Unidos da América, o *Plano de Saúde Mental* foi implementado somente no Governo Kennedy, e a partir daí começou a desospitalização do paciente com doença mental, segundo Godoy e Bosi (2007). No entanto, o primeiro país a aprovar uma lei contrária ao regime manicomial foi a Itália, em 1978 (KILSZTAJN et al., 2008).

No Brasil, da década de 1960, a assistência psiquiátrica era alarmante, pois chegou a ter mais de sete mil pacientes internados sem camas em hospitais psiquiátricos desprovidos de especialistas. O tempo médio de permanência nos casos agudos atingiam 7 meses, além de elevado índice de mortalidade (PAULINI; TERATO, 2004). Foi a partir da metade da década de 1980, que no Brasil iniciou o movimento pela reforma psiquiátrica (ANTUNES; QUEIROZ,

2007), que só veio a se concretizar com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 (KILSZTAJN et al., 2008).

Com a aprovação da Lei Federal 10.216/01, um novo modelo de assistência à saúde, incluiu a atenção aos direitos e cidadania dos portadores de transtornos mentais, contando com equipes multiprofissionais, tanto da saúde, como da educação, mantendo como objetivo principal reabilitar o doente para o convívio em sociedade (DUARTE et al 2021). E, a partir da 8ª *Conferência Nacional de Saúde* realizada em março de 1986 surgiu uma nova concepção sobre o tema, preconizando a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Tal proposta implicou em uma nova visão do Estado, como responsável por políticas de bem-estar social e de saúde, a fim de promover a qualidade de vida da população. Essa definição de saúde incluiu alguns conceitos básicos, entre eles, a universalização, a descentralização e a democratização, surgindo assim, uma gama de serviços e desafios que compõem a rede de atenção à saúde (ALMEIDA, 2018).

O desafio de cuidar das pessoas que convivem com a doença mental em seu cotidiano, seja pela sua condição existencial intrínseca ou pela longa história de segregação, sem reproduzir a mesma lógica do cuidado institucionalizado, é uma situação vivenciada por inúmeros profissionais (VASCONCELOS, 2003). Em pacientes com transtornos mentais mais severos, os desafios se tornam ainda mais presente à medida que se preconiza a vivência do processo saúde/doença mental inserido no próprio contexto no qual o sujeito se encontra. Assim se torna fundamental ajudar estas pessoas a recuperar suas habilidades e potencialidades para ter uma vida mais autônoma.

No contexto da pandemia, várias medidas de proteção como distanciamento social, isolamento, todas psicologicamente desafiadoras, foram tomadas para evitar a propagação da doença, e esperado um impacto negativo da pandemia na saúde mental. Na maioria dos estudos sobre os efeitos da pandemia de Covid-19 na saúde mental, foram examinados os efeitos da incerteza, isolamento e quarentena na população em geral e pacientes com transtornos mentais (GOULART et al 2021; NEMANI et al 2021; LEE et al 2022). Um desses estudos, foi uma revisão sistemática analisou as consequências da pandemia de Covid-19 na saúde mental e, descobriu que a população em geral havia diminuído o bem-estar psicológico e maiores pontuações de ansiedade e depressão em comparação com a vida antes do Covid-19. A população com transtornos psiquiátricos pré-existentes relatou um agravamento dos sintomas psiquiátricos independente do contágio por Covid-19, relatam os pesquisadores Vindegaard e Benros (2020).

3.1.1 O paciente com esquizofrenia

A esquizofrenia é uma enfermidade psiquiátrica de maior impacto na sociedade, apesar da incidência ser relativamente baixa. É uma patologia que pode chegar a ser incapacitante, pois afeta a forma como as pessoas pensam, sentem e percebem o mundo. O sintoma característico da esquizofrenia é a psicose. De acordo com a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11) trata-se de uma doença complexa, que se caracteriza por distorções do pensamento, da percepção de si mesmo e da realidade externa, apresentando ainda inadequação e embotamento do afeto (OMS, 2019). No CID-11 a orientação principal das categorias de esquizofrenia se dá, principalmente pela frequência dos episódios.

De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quinta edição, (DSM-5), para atender aos critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, o paciente deve ter experimentado pelo menos dois dos seguintes sintomas: delírios; alucinações; discurso desorganizado; comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico; sintomas negativos (expressão emocional diminuída) (APA, 2013).

Segundo o *Guideline da American Psychiatric Association* (APA), no mundo, a esquizofrenia está entre as 20 principais doenças que levam a deficiências. Também está associada com aumento da mortalidade, cerca de 4-10% das pessoas com esquizofrenia morrem por suicídio com prevalência maior no sexo masculino e no início dos aparecimentos dos sintomas (APA, 2013).

Ainda são desconhecidas as causas da esquizofrenia, havendo maior aceitação o modelo de doença que considera “vulnerabilidade versus estresse”, ou seja, o conceito que admite que a presença de vulnerabilidade aumenta o desenvolvimento de sintomas como o estresse ambiental e na falha dos mecanismos para lidar com eles. Tais fatores de vulnerabilidade têm por base um componente biológico, que inclui a predisposição genética que interage com fatores complexos físicos, ambientais e psicológicos (BRASIL, 2013).

A esquizofrenia, que se caracteriza por sintomas psicóticos crônicos e que levam ao mau funcionamento social, é uma das 10 doenças que causam a maior carga de doenças no mundo, portanto, tornou-se um importante problema de saúde pública (OMS, 2020). Assim, todos os pacientes com transtorno mental grave e persistente se encontram em condição de vulnerabilidade e precisam de cuidados e amparo da lei, quanto aos seus direitos.

Em geral, devido ao fato de os pacientes com esquizofrenia apresentarem uma série de fatores de risco, esses podem estar vulneráveis aos efeitos da epidemia de Covid-19.

3.1.1.1 Efeitos do Covid-19 em pacientes com esquizofrenia

Desde que o primeiro caso foi visto na China em dezembro de 2019, um novo tipo de coronavírus (SARS-CoV-2) se espalhou rapidamente por todo o mundo, fazendo com que a doença de coronavírus 19 se tornasse uma emergência global de saúde pública, os governos tiveram que repensar as políticas públicas de modo a conter sua propagação. Além de ser uma ameaça à saúde física, a introdução de regulamentações e restrições relacionadas ao Covid-19 também afetou negativamente diversos domínios da vida, como educação, emprego, vida social e economia (GHEBREYESUS, 2020), induzindo medo generalizado, ansiedade, depressão, estresse, problemas de sono e sofrimento psicológico geral (BANERJEE, RAI, 2020 ; NECHO et al., 2021 ; TORALES et al., 2020). Em resumo, o Covid-19 afetou quase todos física e psicologicamente.

Apesar da pandemia afetar a todos, indivíduos com doença mental grave enfrentaram efeitos físicos e psicológicos mais intensos da pandemia de Covid-19 do que a população em geral (DRUSS, 2020 ; MURUGANANDAM et al., 2020), e a história psiquiátrica anterior representou um fator de risco para maior sofrimento psicológico (MOUSAVI, 2021). De fato, em uma amostra da Itália, Iasevoli et al (2021) mostraram que pacientes com doença mental grave tiveram pontuações mais altas nas medidas de estresse, ansiedade e sintomas depressivos relacionados ao COVID-19 em comparação com os não psiquiátricos.

A atual pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo em todo o mundo, levando a um aumento da carga de pacientes com esquizofrenia e distúrbios relacionados (KOZLOFF et al., 2020 ; YAO et al., 2020), o que pode afetar o bem-estar desses pacientes (BURRAI et al., 2020). Portanto, é plausível que esse impacto na saúde mental se traduza em níveis mais baixos de recuperação psicológica em pessoas com transtornos mentais pré-existentes, como a esquizofrenia.

Pessoas com transtornos psiquiátricos pré-existentes são uma população vulnerável. Eles têm maiores riscos de infecção e complicações por Covid-19 do que aqueles sem transtorno mental, tanto devido a déficits cognitivos quanto a comorbidades, incluindo obesidade, diabetes e hipertensão (SHINN E VIRON, 2020 ; YAO et al., 2020). Os pacientes psiquiátricos são mais propensos a mostrar preocupação moderada a grave com sua saúde física devido a preocupações de que possam ter contraído o vírus sem saber. Eles também são menos propensos a usar estratégias de enfrentamento eficazes para gerenciar o estresse (COLIZZI et al., 2020 ; SOLÉ et al., 2021). Além destes, existem outros fatores que afetam a saúde mental de pacientes com transtornos psiquiátricos, como atrasos na entrega de medicamentos psicotrópicos, falta de acesso à atenção primária ou ambulatoriais, aumento da dificuldade

financeira, maior tempo de permanência em casa e mais condições de vida empobrecidas devido à escassez de suprimentos básicos (HAO et al., 2020). Um estudo realizado por Mohan et al., (2021) apontou que pessoas com esquizofrenia podem ter um risco aumentado de mortalidade por Covid-19, mesmo que os mecanismos subjacentes não sejam claros (MOHAN et al., 2021). Em outro estudo de revisão sistemática, apontou que nas fases iniciais da pandemia relataram que os pacientes geralmente apresentavam baixos níveis de informação e preocupação em relação ao contágio, provavelmente como resultado dos comportamentos antissociais e tendência ao isolamento que muitas vezes caracteriza essa população (BARLATI et al., 2021).

3.2 DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

A *Declaração dos Direitos dos Deficientes Mentais* (DDDM), aprovada pela ONU em 1971 é instrumento internacional de proteção aos deficientes mentais que também está ligado a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (DUDH), não se limitando a atuação médica e a tratamento específico a esses doentes, mas também, assegura direitos como: educação, reabilitação, orientação, segurança econômica, direito à proteção contra a exploração, abuso e tratamento degradante (ONU, 1971). A partir da DUDH, muitas leis, resoluções, declarações surgiram tendo como principal motivação a humanização dos sistemas de saúde mental e do sistema psiquiátrico.

No Brasil, a *Constituição Federal* (CFB) de 1988 inclui diversos elementos da DUDH e declara que o país é Estado democrático de direito e reforça como um dos seus fundamentos a dignidade. O art. 5º elenca direitos em relação a esse quesito e veio garantir também nos art. 6º e 7º direitos humanos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. Assim, o Brasil passou a ter o dever de promover ações que passam a garantir a inclusão das pessoas, no que se refere, também, a saúde. Está previsto na Constituição no art. 6º que a saúde é direito social e no art. 196 que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

A proteção a vida do doente mental passa a encontrar fundamento na dignidade humana destacado na CFB. O princípio da dignidade é o fundamento principal do direito à saúde e o acesso à justiça. Esse princípio faz com que o Estado tenha que estar atento para dar atenção à saúde e assistência jurídica e psicossocial aos doentes mentais. Dessa forma, o Estado, não fere os princípios e garantias fundamentais, passa a atuar responsavelmente em função da promoção da saúde (BRASIL, 1988). No que se refere a promoção da saúde, as ações de promoção e proteção que devem ser universais e igualitárias, contemplando o controle social medidas

socioeducativas sobre os direitos dos usuários nos serviços em saúde mental. O descumprimento dos direitos, parece colocar em xeque a própria Constituição Federal que diz:

Art. 196. A saúde é 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 sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, de acordo com o artigo 196, toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos na DDDM, proclamada pela *Assembleia Geral das Nações Unidas* (AGNU), em 1971, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Ou seja, essa declaração aboliu qualquer tipo de discriminação ou distinção entre os seres humanos, estabelecendo em seu artigo I que: "O deficiente mental deve gozar, no máximo grau possível, os mesmos direitos dos demais seres humanos" (OMS, 1971).

O Brasil, dentro do ordenamento com força de Emenda Constitucional, através do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, traz a ideia de proteção as pessoas portadoras de deficiência, destacando o Artigo 1º do propósito, que diz "O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente".

Ainda complementa e afirma que:

pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Contudo, tais pessoas são portadoras de personalidades, algo inerente ao ser humano.

Assim, Diniz (2003, p. 119) ensina:

A personalidade consiste no conjunto de caracteres próprios da pessoa. A personalidade não é um Direito, de modo que seria errôneo afirmar que o ser humano tem Direito a personalidade. A personalidade é que apoia os Direitos e deveres que dela irradiam, é o objeto de direito, é o primeiro bem da pessoa, que lhe pertence como primeira utilidade, para que ela possa ser o que é, para sobreviver e se adaptar às condições do ambiente em que se encontra, servindo-lhe de critério para aferir, adquirir e ordenar outros bens.

Portanto, o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, são garantias em que o estado deve suprir de maneira a garantir as necessidades vitais de cada indivíduo.

3.3 BIOÉTICA E SEUS PRINCÍPIOS APLICADO A ESQUIZOFRENIA

A bioética, considerada uma ciência relacionada à sobrevivência humana, voltada a defender a melhoria das condições de vida, vislumbra reflexões sobre o agir humano, buscando assegurar o bem-estar e a sobrevivência da humanidade com base em seus princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BEAUCHAMP e CHILDRESS; 2002).

O respeito pelas pessoas representa a obrigação ética do clínico de considerar o indivíduo doente plenamente, genuinamente, intrinsecamente. Nesse sentido, a história de vida do indivíduo doente; valores pessoais, culturais e espirituais; preferências; e a dignidade deve ser reconhecida por sua importância inerente. O respeito à autonomia é a ideia de que os profissionais têm a obrigação de honrar o direito do indivíduo doente de determinar o que acontece com seu corpo e mente, ou seja, o autogoverno do indivíduo (MENDONÇA, 2019).

A beneficência é a obrigação de procurar ajudar os pacientes, aliviando seu sofrimento e encontrando maneiras de melhorar sua qualidade de vida. A não maleficência é o dever ético de evitar danos. A competência clínica e o escopo da prática estão intimamente relacionados a esses princípios da bioética; refletem o compromisso de aplicar expertise especializada no cuidado ao paciente, buscando benefício e não saindo do escopo de conhecimento e habilidade para que o potencial de dano seja minimizado (BECK, BALLON, 2020).

A confidencialidade refere-se ao dever de proteger as informações de um paciente, sejam elas aprendidas por meio de divulgação, descoberta ou observação no decorrer dos cuidados de um paciente. Veracidade é o dever de ser honesto – dizer a verdade e não enganar por meio de atos de comissão ou omissão. A nível social, a justiça é o princípio da distribuição justa e equitativa dos recursos de cuidados de saúde e da não discriminação. O respeito pela lei é a obrigação de cumprir as leis, regulamentos estaduais e federais e outras regras da sociedade (ARMENDANE, 2018).

Do ponto de vista ético, os princípios de autonomia e de dizer a verdade podem, por vezes, entrar em conflito direto com os princípios de fazer o bem (beneficência) e evitar o dano (não maleficência) ao trabalhar com pacientes com esquizofrenia (BEAUCHAMP e CHILDRESS; 2002). Exemplos disso incluem dizer meias-verdades a pacientes que são paranoicos ou encorajar e/ou persuadir ativamente os pacientes a envolver seus familiares em seus cuidados. Além disso, a psiquiatria pode ser considerada a principal especialidade em que seus praticantes são frequentemente chamados a determinar se um paciente pode tomar decisões por conta própria. No caso da esquizofrenia, essas determinações podem ser desafiadoras e complexas (BECK, BALLON, 2020).

Além dos desafios para o funcionamento do indivíduo em vários domínios, a esquizofrenia também pode prejudicar a capacidade de atender a um ou mais dos principais componentes do consentimento informado, como a capacidade de tomada de decisão e voluntariedade. Embora a perda de capacidade não seja de forma alguma um dado adquirido para pacientes com esquizofrenia (ou seja, o diagnóstico não deve ser equiparado à falta de capacidade; a capacidade de tomada de decisão deve ser avaliada de maneira específica do domínio e da tarefa), a esquizofrenia pode estar associada à diminuição da capacidade de tomar certos tipos de decisões, sob certas circunstâncias, especialmente se a decisão se cruzar com ideias delirantes específicas (OLIVEIRA, FACINA, SIQUEIRA JR, 2012).

Destarte, apesar dos conflitos existentes quanto a veracidade, beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, estes precisam e devem ser garantidos.

3.3.1 O princípio da autonomia

A base filosófica para a autonomia, tal como interpretada pelos filósofos Immanuel Kant (1724-1804) e John Stuart Mill (1806-1873), e aceita como um princípio ético, é que todas as pessoas têm valor intrínseco e incondicional e, portanto, devem ter o poder de tomar decisões racionais e escolhas morais, e cada um deve ser autorizado a exercer sua capacidade de autodeterminação. Este princípio ético foi afirmado em uma decisão judicial do juiz Cardozo, em 1914, com o ditado epigramático: "Todo ser humano de idade adulta e mente sã tem o direito de determinar o que deve ser feito com seu próprio corpo" (BEAUCHAMP e CHILDRESS; 2002).

O princípio ético da autonomia reconhece o direito de cada indivíduo à autodeterminação e à tomada de decisões com base em seus valores, crenças e preferências únicas (BEAUCHAMP e CHILDRESS; 2002). A principal obrigação ética do enfermeiro é a autonomia do cliente. Com base na autonomia, os clientes têm o direito de recusar cuidados de enfermagem e tratamento médico.

A autonomia, como é verdade para todos os 4 princípios, precisa ser ponderada contra princípios morais concorrentes e, em alguns casos, pode ser anulada; um exemplo óbvio seria se a ação autônoma de um paciente causasse danos a outra(s) pessoa(s) (MENDONÇA, 2019). O princípio da autonomia não se estende às pessoas que não têm capacidade (competência) para agir de forma autônoma; como exemplo pessoas com transtornos mentais graves.

Respeitar o princípio da autonomia obriga os médicos e demais profissionais a divulgar informações e opções de tratamento necessárias para que o paciente exerça a autodeterminação e apoia o consentimento informado, a verdade e a confidencialidade (HOWE, 2008).

Os transtornos psiquiátricos são frequentemente caracterizados por uma alta taxa de recaída, durante a qual as habilidades de tomada de decisão do paciente são alteradas e podem resultar em internações psiquiátricas, muitas vezes involuntariamente. As leis geralmente indicam que os pacientes não podem ser tratados sem o seu consentimento. Mas há, na maioria das vezes, um marco legal para prestar cuidados ou hospitalizar pacientes que não podem mais dar consentimento livre e informado (NOORDSY, 2016).

3.3.2 O princípio da beneficência

A ética é uma parte inerente e inseparável da clínica, pois o médico e demais profissionais da saúde tem a obrigação ética (1) de beneficiar o paciente, (2) de evitar ou minimizar danos e de (3) respeitar os valores e preferências do paciente.

O princípio da beneficência é a obrigação do profissional de agir em benefício do paciente e apoia uma série de regras morais para proteger e defender o direito dos outros, prevenir danos, remover condições que causarão danos, ajudar pessoas com deficiência e resgatar pessoas em perigo. Ao cuidar de pacientes com transtornos de saúde mental, os enfermeiros implementam a beneficência ao defender o tratamento baseado em evidências para a saúde mental dos clientes (CASEY, 2016).

O princípio exige não apenas evitar danos, mas também beneficiar os pacientes e promover seu bem-estar. Embora a beneficência esteja em conformidade com as regras morais e seja altruísta, também é verdade que, em muitos casos, pode ser considerada um retorno da dívida com a sociedade para a educação (muitas vezes subsidiada pelos governos), classificações e privilégios e para os próprios pacientes (aprendizado e pesquisa).

3.3.3 O princípio da não-maleficência

A não maleficência é a obrigação de um profissional de não prejudicar o paciente. Este princípio simplesmente declarado apoia várias regras morais – não mate, não cause dor ou sofrimento, não incapacite, não cause ofensa e não prive os outros dos bens da vida. A aplicação prática da não maleficência é para o médico pesar os benefícios contra os encargos de todas as intervenções e tratamentos, evitar aqueles que são inadequadamente onerosos e escolher o melhor curso de ação para o paciente (CASEY, 2016).

Isso é particularmente importante e pertinente em decisões difíceis de cuidados de fim de vida sobre a retenção e retirada do tratamento de manutenção da vida, nutrição e hidratação administradas medicamente e no controle da dor e de outros sintomas. A obrigação e a intenção de um médico de aliviar o sofrimento (por exemplo, dor refratária ou dispnéia) de um paciente pelo uso de drogas apropriadas, incluindo opioides, anulam os efeitos nocivos ou o resultado previsto, mas não intencionais (doutrina do duplo efeito) (NOORDSY, 2016)

Um exemplo de enfermeiros que implementam a não maleficência nos cuidados de saúde mental é garantir que os clientes não sejam prejudicados pelos efeitos adversos dos medicamentos psicotrópicos (como toxicidade do lítio ou discinesia tardia).

3.3.4 O princípio da justiça

Justiça é definida como "uma obrigação moral de agir com base na igualdade e equidade e um padrão ligado à justiça para todos na sociedade". O princípio da justiça exige que os cuidados de saúde sejam prestados de forma justa e equitativa. Os enfermeiros prestam cuidados de qualidade a todos os indivíduos com o mesmo nível de justiça, apesar de suas personalidades ou características, como status financeiro, crenças culturais, religião, gênero ou orientação sexual. Os enfermeiros têm um contrato social para "fornecer cuidados compassivos que atendam às necessidades do indivíduo de proteção, defesa, capacitação, otimização da saúde, prevenção de doenças e lesões, alívio do sofrimento, conforto e bem-estar" (ROBERTS, 2003)

Um exemplo de enfermeiros que usam o princípio da justiça em ambientes de cuidados de saúde mental é garantir que cuidados de qualidade sejam prestados a todos os clientes, mesmo aqueles que não têm a capacidade cognitiva de comunicar suas necessidades.

3.4 VULNERABILIDADE COMO UM PRINCÍPIO ÉTICO

O termo vulnerabilidade vem do latim *vulnerabilis* e o verbo *vulnerare* que significa ferida. Assim, significa a fragilidade e precariedade própria do ser humano, uma exposição a qualquer situação de ameaça ou à possibilidade de sofrer danos. Encarada como capacidade ou liberdade limitadas, a ideia de vulnerabilidade é aplicada a grupos específicos por alguma circunstância (física, psíquica ou social, incluindo também a econômica) poderá expor a esse grupo a uma situação de extrema exposição, sendo imprescindível a exigência eticamente adequada de sua defesa (MORAES, MONTEIRO, 2017). Assim, a vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados, uma vez que a perda da autonomia pode ser reversível e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos. A autonomia pode ser encarada como um conceito ético e individual, enquanto a vulnerabilidade pode

pressupor o estabelecimento de relações desiguais entre os grupos quando colocada num sentido adjetivante (MORAIS, 2010).

Associado à saúde pública e à epidemiologia, a ideia de vulnerabilidade está relacionada não só às condições sociais ou físicas e até genéticas do indivíduo, mas também às condições do meio ambiente, às características da sociedade em que está inserido, levando ao uso de terminologias como, populações vulneráveis ou grupos de risco. Esta utilização procura referenciar grupos de pessoas que, em consequência de um conjunto de condições associadas ao seu meio envolvente, são expostas a uma maior suscetibilidade ao dano, à agressão, à doença (CARMO, GUIZARDI, 2018).

Outro significado do termo vulnerabilidade está associado ao seu emprego enquanto princípio bioético presente, por exemplo, na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUDHB) da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2005), onde o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual surge como um dos quinze princípios formulados.

A vulnerabilidade surge entre os quatro princípios propostos por P. Kemp: vulnerabilidade, dignidade, autonomia e integridade (KEMP, RENDTORFF, 2008). Nesta declaração, a vulnerabilidade é apresentada exprimindo dois sentidos distintos: a função adjetivante, atrás explicada, e ainda como condição humana universal. Ou seja, este princípio sublinha a importância de proteção, cuidado, dos grupos cujas condições torna-os particularmente vulneráveis, realçando aqueles cuja autonomia, dignidade ou integridade pode ser mais facilmente ameaçada; e, ainda, a proteção de todo o ser humano que, independentemente da posse da sua autonomia, dignidade ou integridade, não pode afastar de forma definitiva a finitude e fragilidade da sua vida, pelo que a possibilidade de ser ferido em qualquer momento deve criar o dever moral de não ferir (NEVES, 2006).

Assim, utilizaremos nesta dissertação, o conceito de vulnerabilidade, associado a um grupo de pessoas que vivem em condições desfavoráveis, sendo incapazes de proteger seus próprios interesses, e assim a necessidade de proteção e risco (FELÍCIO, J. L.; PESSINI, L, 2009).

3.4.1 A vulnerabilidade do paciente com esquizofrenia no contexto da pandemia

As principais estratégias de enfrentamento da pandemia da Covid-19 consistem no isolamento e distanciamento sociais e aperfeiçoamento de hábitos de higiene. Entretanto, estas medidas podem ser menos efetivas para os portadores de esquizofrenia. Uma vez que o transtorno pode implicar em um prejuízo do discernimento e da capacidade de tomar decisões,

indivíduos esquizofrênicos podem ser mais suscetíveis à contaminação da Covid-19 em virtude da não-adesão às recomendações sanitárias (FARO, et al 2020). Além disso, devido à maior prevalência de comorbidades associadas, a maioria desses pacientes se enquadra em pelo menos um dos grupos de risco para o vírus, o que caracteriza uma maior vulnerabilidade ao grupo dentro do contexto da pandemia.

Pesquisadores ao longo dos anos alertam sobre como a pandemia de Covid-19 pode afetar a saúde mental da população em geral e, mais especificamente, de pacientes com transtornos mentais (KOZLOFF et al 2020; KOLA et al 2021). Se o estresse relacionado à pandemia de Covid-19 e as medidas de saúde pública correspondentes piorarem a saúde mental da população em geral, seria de esperar que seu impacto pudesse ser ainda maior em pessoas que vivem com esquizofrenia. Além disso, a própria infecção por Covid-19 pode exacerbar os sintomas em pessoas com esquizofrenia, pois os coronavírus podem estar associados a sintomas psicóticos por meio de um mecanismo relacionado ao sistema imunológico.

As barreiras à adoção de medidas de proteção e ao uso adequado de serviços de saúde entre pessoas com esquizofrenia podem ter implicações profundas na contenção da pandemia. Além disso, as disparidades de saúde preexistentes podem ser exacerbadas no contexto de recursos limitados. A falha em promover a alocação de recursos justa e equitativa pode resultar em complicações mais graves para pessoas com esquizofrenia, incluindo a morte. Mecanismos e diretrizes para defender os direitos à saúde para pessoas com esquizofrenia e promover resultados equitativos são urgentemente necessários (PIZZINATO et al 2020).

As práticas de distanciamento social podem ter um impacto particularmente negativo em indivíduos com esquizofrenia. Entre as pessoas com esquizofrenia, o isolamento social pode aumentar o risco de suicídio, e o estresse tem sido associado ao comportamento agressivo. O distanciamento social também pode afetar desproporcionalmente a capacidade das pessoas com esquizofrenia de manter suas necessidades básicas, dada a alta dependência de apoio de renda e outros serviços comunitários que se tornam mais difíceis de acessar (PIZZINATTO et al 2020).

A pandemia do Covid-19 criou desafios para os profissionais de saúde e programas que prestam serviços a pacientes com esquizofrenia. A continuidade dos cuidados é fundamental para esses pacientes para evitar a descompensação e suas consequências, incluindo visitas ao pronto-socorro e internações hospitalares, resultando em maior pressão sobre o sistema de saúde, deterioração mental e física e até mesmo mortes.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo narrativo, exploratório e transversal, junto a uma equipe de profissionais multiprofissional atuantes em um hospital psiquiátrico do Paraná. O estudo seguiu as etapas do checklist SRQR (*Standards for Reporting Qualitative Research*). Neste estudo foi adotado um delineamento qualitativo de pesquisa, opção que se justifica pela possibilidade de trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja direcionar o seu entendimento às questões subjetivas e aos significados impressos aos fenômenos (GIL, 2017).

A pesquisa qualitativa, busca preencher lacunas ou aprofundar o conhecimento sobre determinado fenômeno, ou ainda, produzir percepções diferentes sobre questões já estudadas. Favorece a emergência de diferentes aspectos envolvidos no fenômeno, pois se ocupa das significações atribuídas aos acontecimentos. Não busca generalização em grande escala, embora possibilite a representação de grupos específicos, ou seja, que compartilhem características em comum, apresentando forte validade interna, ao focalizar particularidades e produzir descrições aprofundadas (MINAYO, 2020).

A proposta da presente pesquisa, serviu de base a essa definição, acrescida das concepções do pesquisador de como o fenômeno podia ser avaliado e o conhecimento produzido validado.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital especializado em transtornos mentais, de um município no Noroeste do Paraná. Trata-se de uma Instituição de natureza privada sem fins lucrativos e conveniado ao *Sistema Único de Saúde* (SUS), pela gestão municipal de saúde de Maringá. Dispõe de 252 leitos psiquiátricos destinados ao sistema público e outros 14 leitos privados, destinado a internações particulares ou convênios com planos de saúde, totalizando 266 leitos. A instituição dispõe, ainda, de contratualização regional no âmbito do SUS, prevendo abrangência à determinadas regiões de saúde, ou seja, recebe encaminhamentos de todo o estado. As internações se efetivam, exclusivamente, por meio da Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná.

De acordo com o relatório de inspeção da instituição, a configuração hospitalar caracteriza-se pela existência das seguintes unidades de internação: unidade masculina de adultos com transtorno mental (105 leitos); Unidade adulta feminina (55 leitos destinados a

peessoas com transtorno mental e 8 leitos para álcool e outras drogas); Unidade masculina destinada aos adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – UDQ (72 leitos); Unidade de adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas - UDA (12 a 15 leitos); e Unidade particular/convênios (14 leitos mistos).

A equipe de profissionais que compõe a instituição é constituída por 20 médicos psiquiatras e 05 clínicos gerais, 02 psicólogos, 02 terapeutas ocupacional, 01 nutricionista, 07 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem, 02 assistentes sociais, totalizando 69 participantes.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dos sessenta e nove colaboradores, participaram do estudo nove profissionais, sendo três médicos, dois psicólogos, um enfermeiro, um assistente social, um terapeuta ocupacional um técnico de enfermagem. Definiu-se como critérios de inclusão dos sujeitos do presente estudo os seguintes critérios: fazer parte da equipe multiprofissional de saúde e atuar no Hospital Psiquiátrico (HP) há mais de um ano. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença, estagiários e médicos residentes.

4.3.1 Amostra

Utilizou-se a amostra não probabilística intencional, sendo considerada aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos, em parte do julgamento do pesquisador (POLIT, BECK, 2019).

4.3.2 Recrutamento

O recrutamento das participantes do estudo foi realizado por meio do convite presencial. Após o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão foi iniciada a pesquisa de campo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para a obtenção das informações foi construído pelo pesquisador, por meio de uma entrevista semiestruturada, denominada por Minayo (2020) como aquela em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições fixadas pelo entrevistador. Entende-se assim que a entrevista consiste em uma interação social entre o entrevistador e o entrevistado. A entrevista semiestruturada

(Apêndice I) foi guiada por um roteiro composto por duas partes: a primeira buscou coletar informações gerais como idade, local de formação, tempo de atuação em psiquiatria. A segunda parte refere a perguntas quanto ao tempo de cuidado ao paciente com esquizofrenia; as principais características destes pacientes; se estes são vítimas de preconceito, exclusão e se o profissional acredita que haja outras vulnerabilidades e como a covid-19, na percepção do profissional, potencializou a vulnerabilidade do paciente com esquizofrenia. Caso positivo, em que aspecto.

Esse procedimento foi realizado pelo próprio pesquisador, com prévia autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

No primeiro contato foi realizado uma apresentação, que consiste na explanação acerca da finalidade e os objetivos do estudo e das questões éticas relacionadas a pesquisa com seres humanos. Os participantes foram convidados pelo pesquisador a fazer parte da pesquisa, sendo agendado um dia e horário com cada profissional para a execução da entrevista.

Para aquelas que aceitaram participar do estudo foram esclarecidas eventuais dúvidas sobre a pesquisa antes da assinatura do mesmo. Esse documento foi firmado em duas vias, os quais foram assinados pelo pesquisador e entrevistado.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2021 no auditório do hospital após o término de horário de trabalho, de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Foram respeitadas as normas de biossegurança no combate a Covid-19, como distanciamento e ambiente amplo e arejado bem como a utilização de máscara N95.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através das entrevistas foram submetidos a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), seguindo as três etapas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa da **pré-análise** foi utilizado o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud na língua francesa em 2009. Trata-se de um software gratuito na lógica de open source, com código aberto, ancorado do software R para realização dos cálculos e na linguagem de programação python (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Esse programa informatizado possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análises de similitude e nuvens de palavras (KAMI, et al., 2016). As palavras usadas em contextos similares foram associadas a um mesmo mundo lexical, permitindo análises quantitativas de dados textuais pautadas em contextos e classes de conteúdo com base na similaridade de vocabulário (ANDRADE JR; ANDRADE, 2016). Salienta-se que o software não é um método para análise de dados, mas uma ferramenta para processá-lo (KAMI, et al., 2016).

A fase de **exploração do material** consistiu na análise propriamente dita, para a qual foram adotadas operações de codificação da comunicação. Na codificação, os conteúdos das mensagens foram tratados, segundo uma organização sistematizada que perfez três escolhas, a partir do objetivo analítico: recorte; enumeração; classificação e agregação; e que permitiu a expressão das características do texto (BARDIN, 2016).

No *recorte*, foram definidas as unidades de registro, segmentos do conteúdo das mensagens considerados unidades de significação base, enumeradas e categorizadas; e as unidades de contexto, segmentos das mensagens, superiores em dimensão às unidades de registro, que possibilitaram a compreensão dos respectivos significados no contexto. Na enumeração, foi considerada apenas a presença da unidade de codificação, independentemente da sua frequência. Na *classificação*, ocorreu a identificação de características ou significados e, na *agregação*, houve agrupamento, segundo critérios estabelecidos, quando as unidades de significação foram categorizadas (BARDIN, 2016).

No **tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados brutos** foram tratados, de modo que lhes fossem conferidos significado e validade e possibilitada a inferência e interpretação de conhecimentos. A inferência resultou na apresentação de significados velados do conteúdo das comunicações, elaborados por indução, a partir dos fatos (BARDIN, 2016).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as diretrizes disciplinadas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do *Conselho Nacional de Saúde* (CNS) referentes à pesquisa com seres humanos, o qual foi solicitado a autorização do Hospital Psiquiátrico para pesquisa, e após envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), tendo como parecer número CAAE: 1 53355021.0.0000.0020

Todos os sujeitos participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), em duas vias de

igual teor (Apêndice 1). Foram explicados os procedimentos adotados no estudo, o tipo de participação desejada, a livre opção em participar ou não, sem qualquer prejuízo para os entrevistados. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pela letra E, que corresponde a entrevista, seguida de um número sequencial, correspondente a ordem das entrevistas, por exemplo, E1, E2, E3.... En. Assim, no momento da análise e armazenamento de dados, somente o pesquisador terá acesso aos nomes dos participantes.

Mediante sua autorização e concordância em participar da pesquisa, o TCLE foi assinado pelos participantes, assegurando-se o cumprimento dos aspectos éticos, como o direito à privacidade, a obtenção de sua permissão para o uso do gravador digital, a garantia do sigilo e do anonimato de suas informações. Uma cópia ficou sob os cuidados do pesquisador e a outra foi entregue para os participantes do estudo. Assumiu-se o compromisso com a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como a responsabilidade com o cumprimento integral da resolução que rege a pesquisa com seres humanos.

Ressalta-se que, neste estudo, respeitou-se o rigor científico e os preceitos éticos, no seu desenvolvimento, bem como os valores culturais, sociais, morais, religiosos, e éticos dos participantes. Garantiu-se também, o retorno dos dados obtidos aos entrevistados, dados que foram coletados para fins previstos no protocolo, com o compromisso de publicar seus resultados.

5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos da pesquisa. Quanto a caracterização do estudo, dos nove profissionais entrevistados, sete (77%) são do sexo feminino, com idades entre 26 e 57 anos. Quanto a formação profissional, um terço dos entrevistados são médicos (3), seguido por psicólogos (2), assistente social (1), enfermeiro (1), técnico de enfermagem (1), terapeuta ocupacional (1). O tempo de trabalho em psiquiatria variou entre 02 e 38 anos.

A Figura 1 demonstra o dendrograma que apresenta a partição do corpus e a indicação do tamanho de cada classe em relação ao corpus (SOUZA et al 2018). No dendrograma, o corpus destacou-se seis classes. Para cada classe foi computada uma lista de palavras geradas.

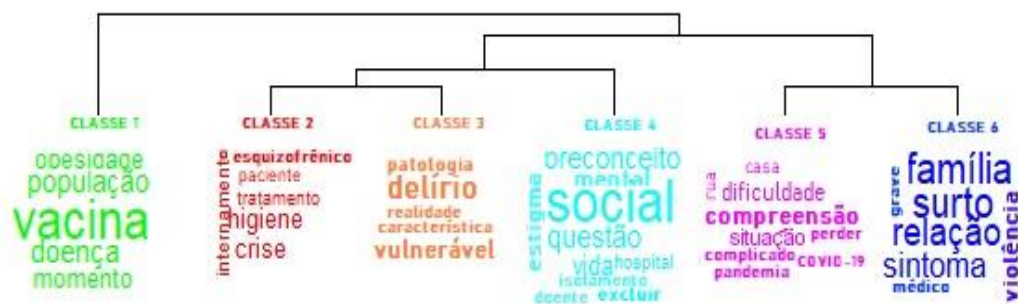


Figura 1. Dendrograma fornecido pelo software IRAMUTEQ®. Londrina, PR, Brasil. 2022

Após o processamento dos dados, iniciou-se a análise das cinco classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ, na qual as UCE agrupadas em cada classe são lidas para compreender e nominar cada classe. Após essa etapa de processamento dos dados, iniciou-se a fase de análise de dados, que utilizou a análise de conteúdo de Bardin. A partir da análise de similitude, para contextualizar os resultados, os vocábulos Vacina, higiene, delírio e vulnerável se uniram e deram origem a categoria A, denominada “Doente mental, vulnerável, prioridade na vacina: a saúde/doença mental e a vulnerabilidade do indivíduo”. Já os vocábulos social, preconceito, compreensão, família e violência resultaram na categoria B intitulada “Esquizofrenia, tratamento, alucinação e delírio: Esquizofrênico, transtorno mental, cuidado pessoal, social” e três subcategorias: enfrentamento do estigma e discriminação; a vivência de situações de violência moral e física e a pandemia e o acesso ao serviço de saúde pelo esquizofrênico, conforme demonstrado na Figura 1 abaixo:

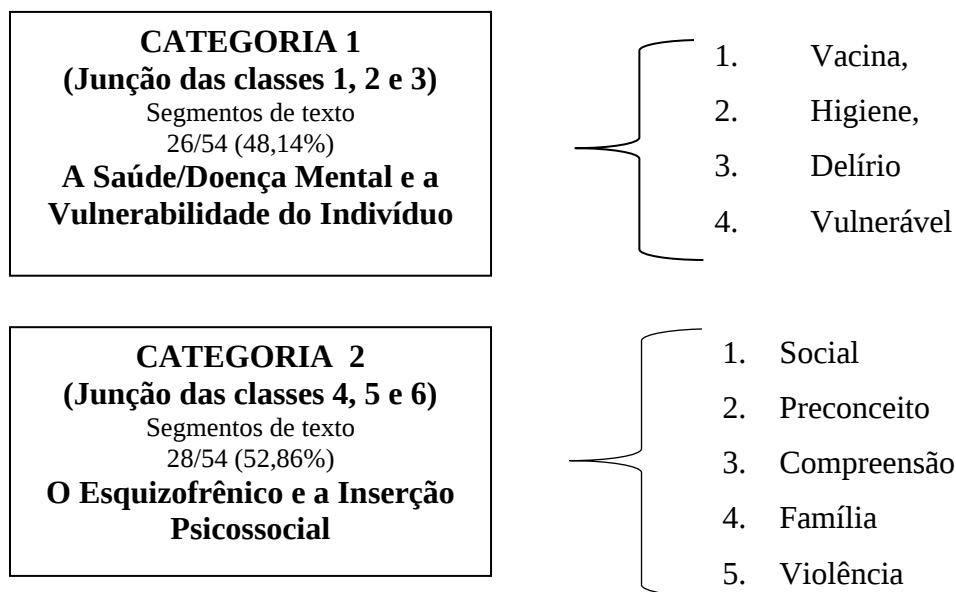


Figura 2. Apresentação das categorias e subcategorias do estudo. Londrina, PR, Brasil. 2022

5.1 CATEGORIA A: DOENTE MENTAL, VULNERÁVEL, PRIORIDADE NA VACINA - A SAÚDE/DOENÇA MENTAL E A VULNERABILIDADE DO INDIVÍDUO

Nesta categoria, a vulnerabilidade do paciente com esquizofrenia, segundo o relato dos participantes, é potencializada pelas condições impostas pela Covid-19 podendo desenvolver surtos/recidivas pelas consequências em função das comorbidades pré-existentes.

Então, o paciente esquizofrênico, assim como outro paciente qualquer, ele também tem doença clínica. E essa doença clínica com certeza é potencializada pela esquizofrenia. (E1)

...algumas pessoas tiveram que ficar em casa sozinhas e que mexeu muito mais ainda com a cabeça das pessoas, eu acho que é uma coisa que pode ter agravado a situação, potencializado inclusive essa vulnerabilidade. (E7)

A vacina seria um caminho para minimizar os efeitos da pandemia, porém pacientes com esquizofrenia não foram incluídos no grupo prioritário do plano de vacinação contra covid-

19, contrariando a opinião dos profissionais, visto que se trata de pessoas com fragilidade devido a doença.

Eu acho que no caso da COVID, por exemplo, esse paciente não foi priorizado, ele nem foi citado em nenhuma situação, por exemplo, como grupo de prioridade para ser vacinado. Foram todas as outras comorbidades, doenças autoimunes, pessoas imunodeprimidas, indígenas, população de rua e população carcerária. Eu não ouvi nenhum momento falar, paciente, portador de transtorno mental, (...) em nenhuma situação foram priorizados. (E7)

Eu acredito que, como a COVID é um mal que atinge quase praticamente todo o mundo e de certa forma, existem pessoas com a saúde mais frágil, o esquizofrênico deve se encontrar nessa categoria porque ele tem uma saúde mais frágil, assim como o pessoal da obesidade, das doenças cardiovasculares, o esquizofrênico também tem essa predisposição. (E2)

No entanto, apesar da importância de incluir essa categoria na lista de grupo prioritário, a dificuldade de seguir medidas preventivas, pela condição patológica corrobora para um pior prognóstico e o agravamento da doença, além de tornar-se ainda mais vulnerável a contaminação, conforme o relato dos participantes.

...os pacientes esquizofrênicos, além da vulnerabilidade por preconceito e exclusões, também têm dificuldade no acesso a medidas preventivas de saúde. Eles, como não têm crítica da situação, não têm assim uma procura por prevenção de doenças, eles não praticam muito. (E2)

exercício físico, não pensam muito na alimentação. Então isso acaba provocando neles aí uma certa fragilidade, uma predisposição à doença cardiovascular, que é até a maior causa de morte nessa população. (E2)

até hoje a gente encontra casos assim, de pessoas com transtorno, que não tomou nem a primeira dose da vacina. Isso é uma coisa muito séria e nós já estamos aí na terceira dose, indo para a quarta...). (E6)

5.2 CATEGORIA B. ESQUIZOFRENIA, TRATAMENTO, ALUCINAÇÃO E DELÍRIO: ESQUIZOFRÊNICO, TRANSTORNO MENTAL, CUIDADO PESSOAL, SOCIAL

A esquizofrenia é uma condição altamente perturbadora que normalmente envolve delírios, alucinações e pensamento, fala ou comportamento desorganizados. Os sintomas

provocados pela esquizofrenia são os mais severos e temidos dentre as enfermidades psiquiátricas, pois significam a perda do controle da vida e das emoções e as pessoas se veem frente a uma inundação de pensamentos desconexos e de percepções até então desconhecidas. O indivíduo perde a noção do que é ou não é real, passando a viver em um “mundo” repleto de percepções visuais, auditivas e sensitivas que somente ele vê, somente ele ouve e somente ele sente, ou seja, os sentimentos ocasionados pela nova realidade são vividos de forma solitária.

Pessoas com transtornos psiquiátricos pré-existentes são uma população vulnerável, conforme aponta as falas dos participantes.

o esquizofrênico, ele tem algumas manifestações de sintomas que são delírios, alucinações, às vezes episódios de agressividade, alguns apresentam algumas ideias suicidas, uma distorção da realidade, na verdade, o paciente esquizofrênico ele cria um mundo paralelo, ele tem uma quebra com a realidade e passa a viver e apresentar sintomas de acordo com os delírios e as alucinações que acontecem com ele. (E4)

O que a gente percebe que o mais comum é que existe essa perda do contato com a realidade, mas a característica mais comum são as alucinações, principalmente as alucinações auditivas, vozes de comando, vozes que criticam, às vezes mandam o paciente fazer determinadas coisas né?(E7)

Tudo isso tem um Essa alteração tem um reflexo em vários aspectos da vida que lhes impede de desempenhar uma função ativa na comunidade, como cidadãos participativos e desenvolver a função que a sociedade espera.

Tal como acontece com muitos transtornos mentais, a esquizofrenia pode ser desencadeada por várias causas diferentes, incluindo condições psiquiátricas, de neurodesenvolvimento, neurológicas e médicas. A pandemia de Covid-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 teve um profundo impacto na saúde mental.

5.2.1 SUBCATEGORIA A: ENFRENTAMENTO DO ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

O enfrentamento do estigma e discriminação de pacientes com esquizofrenia é apontado neste estudo como uma categoria de análise, haja visto que, apesar do investimento de uma política nacional de saúde mental, transformações culturais não acontecem na sociedade em resposta imediata a mudanças de legislação e, portanto, os efeitos de novas práticas de saúde mental sobre a vida dos usuários não são suficientemente conhecidos.

Processos de estigmatização são referidos e concebidos entre os maiores empecilhos no avanço da atribuição do exercício de cidadania dos usuários, conforme mostra as falas que segue

Eles não têm acesso muitas vezes a trabalho, uma vida social né? (E4)

O que acontece é que eles colocam um rótulo nesse paciente, então ele deixa de ser uma pessoa, ele deixa de existir como ser humano e passa a ser a doença dele, então, as pessoas só valorizam a doença. (E4)

A estigmatização produz desigualdade social, perda de direitos e cidadania e seus efeitos negativos referem-se aos prejuízos do trabalho e, conseqüentemente, ao ganho financeiro, à habitação, à saúde e aos laços sociais, conforme aponta a fala dos participantes

eu já tive pacientes, por exemplo, que chegaram a fazer uma faculdade,tiveram curso superior tudo e tiveram um surto, sempre tiveram alguns sintomas, algumas coisas mas que dava para conseguir fazer algumas coisas e nessa altura do campeonato, em algum momento, seja motivos internos e externos, ele teve um surto e aí, o incapacitou e tudo aquilo que ele construiu muitas vezes se perde, porque ele fica sem credibilidade, ele é olouco, ele é o confuso, então isso é uma coisa assim, bem, que a gente observa muito. (E4)

A estigmatização molda negativamente as percepções de pessoas com transtornos psiquiátricos e provoca pessimismo sobre o tratamento. O estigma pode impedir significativamente a busca, a continuação e o desencadeamento do tratamento e pode afetar a forma como as pessoas com transtornos mentais são tratadas pela sociedade em geral, conforme o relato de E3.

mesmo estando estável, acaba que ele sofre bastante rejeição da própria sociedade, ele é excluído e isso, a gente consegue ver no paciente que traz uma sofrência muito grande para ele. Ele tem essa capacidade, mas ele não tem essa oportunidade, ele está sendo totalmente excluído daquilo que ele sempre ou até os 30, 20 e poucos anos fazia e de repente não pode fazer mais nada, né? (E3)

Desse modo, o estigma social é uma crença errônea acerca da identidade de uma pessoa, em que ela é considerada como desigual e pertencente a um grupo inferior. Essa identidade rotulada pela sociedade muitas vezes lhes impede de desempenhar uma função ativa na comunidade, como cidadãos participativos e desenvolver a função que a sociedade espera. Entretanto, os profissionais referem que é um processo social que exige uma contextualização

e que as políticas precisam ser voltadas para esta população, dentre os demais pacientes com sofrimento psíquico.

pensando nesse aspecto deles de fragilidade, seria interessante que as políticas públicas se voltassem para uma proteção maior desses pacientes que são vistos aí, realmente com muito preconceito que as pessoas não compreendem o que está acontecendo, que é um processo patológico, que paciente não é assim por escolha dele, mas por um azar, uma série de fatores. (E2)

E quando a gente fala dessa questão da exclusão, a gente fala do preconceito, a gente acaba impossibilitando-o de conseguir ter direito a tudo isso, como, por exemplo, de ser incluído em grupos de prioridades, pensando que eles também são pessoas que precisam desse cuidado um pouco mais perto, né? (E5)

5.2.2 SUBCATEGORIA B: A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA MORAL E FÍSICA

A situação de pessoas acometidas por transtornos psíquicos, especialmente ao paciente com esquizofrenia é tema que tem chamado a atenção tanto de grupos de estudo de variadas áreas como da própria sociedade e também nas falas de alguns participantes. A crença de que pacientes psiquiátricos são imprevisíveis e exibem comportamento violento, contribui para o distanciamento e o aumento do estigma.

mesmo paciente medicado e estável ali no momento, você vê que o paciente, ele faz o uso da medicação correta, ele consegue ter um equilíbrio ali do pensamento dele, um controle das vozes e tudo. Mas mesmo assim ele tem essa questão da doença dele, onde ele não é ouvido, ele não tem essa voz ativa, tem sempre alguém que está respondendo por ele, como se ele não existisse ali na realidade, ele tem que ter um outro ser que está respondendo por ele. (E3)

Então, a questão é que às vezes a gente percebe que o paciente com um transtorno, ele é invisível, invisível para as pessoas, para a sociedade, porque o que acontece não está dentro da cadeia produtiva, não é a pessoa que vai produzir, que vai trabalhar, que vai trazer ganhos, pagar impostos, essas coisas assim. Então, muitas vezes as pessoas não têm um olhar muito voltado para o portador de transtorno. (E7)

E muitas vezes ele não pode nem gerir nem administrar sua própria vida, porque ele acaba sendo interditado, alguém administra por ele, então não administra o próprio dinheiro, essa perda de autonomia

muitas vezes é isso que é muito que mexe, mobiliza muitos sentimentos.
(E7)

Embora a esquizofrenia seja um transtorno mental grave e com limitações inerentes à sua condição, permanece sujeito livre, com potencial e responsabilidade, nos limites de suas capacidades mentais. Surgem, no entanto, muitas vezes pelo desconhecimento, muitos questionamentos quanto à autodeterminação do paciente, se o diagnóstico significa a perda da possibilidade de tomar decisões.

A autonomia na esfera de saúde mental é conceito bastante aberto, o que culmina em questionamentos variados. Entretanto, cada paciente tem suas particularidades, cabendo ao profissional responsável pelos cuidados de sua saúde avaliar as condições associadas à sua autodeterminação, de modo a estabelecer se está hábil ou não para o exercício do poder decisório. Assim, devem ser devidamente consideradas as especificidades inerentes a cada um dos pacientes, particularmente em relação ao grau de fragilidade e vulnerabilidade decorrentes de sua condição.

5.2.3 SUBCATEGORIA C: A PANDEMIA E O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE PELO ESQUIZOFRÊNICO

A pandemia por Covid-19 de 2020 trouxe um grande impacto na saúde de toda população. Isso ocorreu não só pelo risco direto de infecção, mas pela extensão que as medidas de proteção assumiram, impondo mudanças bruscas nas relações sociais e econômicas e no acesso aos serviços de saúde, expondo grandes parcelas de indivíduos a níveis aumentados do quadro de esquizofrenia. Os entrevistados apontaram as dificuldades em relação a pandemia, conforme apontado nas falas que segue:

E quando a gente fala de uma pessoa que já tem um transtorno e que muitas vezes pode não conseguir lidar com determinadas situações, eu acredito que pode sim piorar o quadro ou influenciar para outros sintomas e também pela dificuldade deles de ter talvez uma certa crítica sobre a questão dos cuidados. (E5)

mas no começo também os pacientes tinham dificuldade de procurar serviço de atendimento médico por medo de contrair a COVID também. Então, assim ficou mais negligenciado ainda a questão de tratamento das outras doenças somáticas que aí entra tudo, hipertensão, diabetes, problemas endócrinos, obesidade. (E9)

A dificuldade no acompanhamento desses pacientes ao longo da pandemia também foi referida pelos participantes como um desafio para a saúde mental, pois além de agravar o quadro, a falta de adesão às medidas de isolamento social, tornou ainda mais vulneráveis a contaminação.

existe a necessidade de se tomar a medicação, de frequentar o serviço de ambulatório e nem sempre a família também se interessa muito em fazer isso, ele acaba tendo um novo surto e cada surto ele fica pior. (E6)

a tendência já é isolar se, com a pandemia, isso agravou mais um pouquinho, porque a gente tinha que se isolar dos outros, então, isso veio a reforçar os sintomas da própria esquizofrenia, a dificuldade de relacionamento, mas aí foi imposta, aí as chances de desenvolver um novo surto era bem maior. (E6)

Quadro 1. Apresentação das categorias e subcategorias que emergiram do estudo.

Exemplos	Subcategorias	Categorias
Condições impostas pela COVID-19 Vacinação para minimizar os efeitos da pandemia	Doente mental, vulnerável, prioridade na vacina - a saúde/doença mental e a vulnerabilidade do indivíduo	
Sintomas apresentados pela esquizofrenia	Enfrentamento do estigma e discriminação	Esquizofrenia, tratamento, alucinação e delírio: esquizofrênico, transtorno mental, cuidado pessoal, social
Limitações impostas pela doença	A vivência de situações de violência moral e física	
Dificuldade de acesso e acompanhamento dos usuários	A pandemia e o acesso ao serviço de saúde pelo esquizofrênico	

6. DISCUSSÃO

A vulnerabilidade do paciente com esquizofrenia poderá ser potencializada tanto pelas condições impostas frente a Covid-19, que é a pressão emocional, podendo desenvolver surtos/recidivas pelas consequências em função das comorbidades pré-existentes (FONSECA et al 2020; MOHAN, et al 2021; MOHSENI et al 2022; POURFRIDON, ASKARPOUR, 2023).

Ao se reconhecerem como vulneráveis, as pessoas compreendem a vulnerabilidade do outro, assim como a necessidade do cuidado, da responsabilidade e da solidariedade, e não a exploração dessa condição por outrem (MORAES, MONTEIRO, 2017). A vulnerabilidade é um termo do latim que significa “ferida”. Assim sendo, é definida como susceptibilidade de ser “ferido” e como característica atribuída a certas categorias da população consideradas mais expostas (MORAES, MONTEIRO, 2017).

Indivíduos com esquizofrenia são um dos grupos mais vulneráveis em risco de um curso grave de infecção por Covid-19 (FOND et al 2021; VAI et al 2021). Preditores de gravidade da doença na COVID-19, como doença cardiovascular, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e desregulação imunológica crônica, são mais prevalentes em pessoas com esquizofrenia do que na população em geral (KOZLOFF, et al 2020; FOND, et al 2020; MAGUIRE, LOOI, 2020), sugerindo a possibilidade de uma gravidade mais pronunciada da Covid-19 em pessoas com esquizofrenia.

Além disso, as pessoas com esquizofrenia também podem estar em maior risco de contrair covid-19 devido à natureza crônica de sua doença, fatores comportamentais relacionados ao comprometimento cognitivo e pouca consciência de risco, características sociodemográficas, incluindo falta de moradia e moradia congregada e os efeitos adversos dos antipsicóticos (KOLZLOFF, et al 2020). No entanto, ainda não está claro se a esquizofrenia em si aumenta independentemente o risco de infecções graves por Covid-19 ou se comorbidades e fatores de risco concomitantes podem estar levando a um prognóstico tão pior.

Embora esse risco exija estratégias preventivas imediatas, estudos recentes surgem que indivíduos com esquizofrenia e transtornos psicóticos são vacinados em menor grau ou tendem a diminuir a vacinação para Covid-19 em maior medida, em comparação com a população em geral (TZUR, 2021).

A pandemia de Covid-19 exacerbou as desigualdades de saúde pré-existent entre pessoas com doença mental grave e a população em geral. Essas desigualdades são corretamente consideradas como uma questão de direitos humanos. Evidências que se acumulam rapidamente indicam que pessoas com *Transtornos mentais graves* (TMG) são

desproporcionalmente afetadas pela infecção por Covid-19, mostrando riscos aumentados de hospitalização e mortalidade (WANG et al 2021).

A atenção voltou-se recentemente para a alocação equitativa da vacina Covid-19. Com base em estruturas éticas, tem havido apelos para priorizar pessoas com esquizofrenia e outros transtornos maiores para a vacinação. No entanto, indivíduos com esquizofrenia ou transtornos psicóticos relacionados, são significativamente mais propensos a ter um registro de recusa da vacinação para Covid-19 (HASSAN et al 2022).

Com a aquisição pelo Ministério da Saúde de um número limitado de doses da vacina foi elaborado o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2020. A indicação é pela necessidade de estabelecimento de uma ordem prioritária de grupos de pessoas a serem vacinadas. Esta ordem de prioridade se justifica e assume especial relevância, tendo em vista que o cenário é de elevada demanda e escassez na oferta, em nível mundial, e especialmente grave no Brasil, que enfrenta a incerteza acerca da possibilidade de cobertura ampla, até mesmo em relação aos grupos prioritários previstos no Plano Nacional de Imunização.

Idosos, diabéticos, hipertensos e quem tem insuficiência cardíaca, renal ou doença respiratória crônica, se encontram na lista de pessoas vulneráveis a um maior risco de infecção. A comorbidade com doenças psiquiátricas graves é um fator de risco acrescido na infecção por COVID. Os doentes que sofrem de esquizofrenia, depressão major e doença bipolar têm uma elevada probabilidade de sofrerem de doenças físicas concomitantes (cardiovasculares, diabetes, obesidade) com uma taxa de morbidade e mortalidade mais elevada do que a população em geral e uma redução significativa da expectativa de vida.

Por outro lado, os doentes psiquiátricos graves, pelos déficits cognitivos que apresentam, em particular da função executiva, entre os mais graves uma baixa literacia em saúde, podem ter dificuldade em selecionar a informação relevante sobre a pandemia e em traduzir essa informação em comportamento de evitação do risco de exposição e de infecção.

Compreender a hesitação da vacina Covid-19 é crucial para promover a aceitação da vacina entre pessoas com diagnósticos de saúde mental. Entre as diferentes medidas de saúde pública que foram implementadas para conter esta crise de saúde, o recente desenvolvimento de vacinas eficazes constitui um passo decisivo para o sucesso do controle desta pandemia. Como tal, promover o acesso à vacinação em pessoas com esquizofrenia é uma prioridade de saúde pública (WARREN, KISELY, SISKINS, 2020). No entanto, e apesar da eficácia demonstrada das vacinas para a redução da mortalidade e morbidade da Covid-19 nessa população, um estudo transversal e longitudinal relatou uma associação entre essa patologia e menores taxas de vacinação (BITAN et al 2021; HASSAN et al 2022).

Os pacientes psiquiátricos são mais propensos a mostrar preocupação moderada a grave com sua saúde física devido a preocupações de que possam ter contraído o vírus sem saber. Eles também são menos propensos a usar estratégias de enfrentamento eficazes para gerenciar o estresse (COLIZZI et al., 2020; SOLÉ et al., 2021).

Existem outros fatores que afetam a saúde mental de pacientes com transtornos psiquiátricos, como atrasos na entrega de medicamentos psicotrópicos, falta de acesso à atenção primária ou ambulatoriais, aumento da dificuldade financeira, maior tempo de permanência em casa e mais condições de vida empobrecidas devido à escassez de suprimentos básicos (HAO et al., 2020).

Pesquisas indicam que pacientes com doença mental grave têm mortalidade 2 a 3 vezes maior por Covid-19 do que o público em geral, com ênfase especial nos transtornos do espectro da esquizofrenia. Uma explicação é que o Covid-19 está correlacionado com aumento do isolamento e solidão, depressão, estresse e insônia, o que pode enfraquecer o sistema imunológico. Também é provável que o aumento das dificuldades financeiras e o acesso a recursos de saúde mental piorem os resultados de saúde para pacientes mentais. Além disso, alguns estudos afirmam que o Covid-19 aumentou tanto a incidência de psicose quanto as recaídas de sintomas psicóticos.

A esquizofrenia é uma enfermidade que pode ocorrer como um episódio isolado ou como um ciclo recorrente de remissão e recaída e se associa como um deterioramento no funcionamento psicossocial e ocupacional (MORRIS et al 2018). Atualmente se estima que esta patologia afete mais de 24 milhões de pessoas em todo o mundo segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Dada as alterações na linguagem, as condutas e a distorção emocional, as pessoas com esquizofrenia, sofrem uma alteração de sua capacidade para responder os requisitos da vida social. Essa alteração tem um reflexo em vários aspectos da vida que lhes impede de desempenhar uma função ativa na comunidade, como cidadãos participativos e desenvolver a função que a sociedade espera.

A estigmatização com discriminação, conforme apontado pelos profissionais entrevistados, é um desafio amplamente reconhecido no fornecimento de serviços de saúde mental que molda negativamente as percepções de pessoas com transtornos psiquiátricos e provoca pessimismo sobre o tratamento. O estigma pode impedir significativamente a busca, a continuação e o desencadeamento do tratamento e pode afetar a forma como as pessoas com transtornos mentais são tratadas tanto pelos profissionais de saúde mental responsáveis pelos seus cuidados como pela sociedade em geral, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

O estigma pode ser considerado como uma marca ou atributo que se vincula à pessoa com características indesejáveis (JONES, 1984; GOFFMAN; 1988). No caso dos transtornos mentais, nos últimos anos diferentes organizações internacionais identificaram o estigma produzido pelos transtornos mentais como um dos problemas mais importantes relacionados à saúde mental em nossas sociedades (OMS, 2005; OMS, 2013). Entre os principais efeitos do estigma, são destacados pelos participantes do estudo o papel nas dificuldades de acesso e manutenção do emprego, à educação e mesmo no acesso à saúde, prejudicando o restabelecimento e reduzindo assim a autoestima e o acesso à vida social.

Ao assumir comportamento estigmatizador, com rotulação e desaprovação, percebe-se como resultado a discriminação, ação caracterizada pela exclusão de indivíduos e/ou grupos, que confina as possibilidades e institui a desigualdade social (NYBLADE et al., 2019). Essa ausência de reinserção social e ênfase no isolamento são históricas às pessoas com transtornos mentais e comportamentais, de forma que as políticas públicas de saúde assim concebiam o método de característica discriminatória no tratamento a essas pessoas, um controle do Estado sobre os “loucos” (SILVA et al., 2019; RAMOS, PAIVA, GUIMARÃES, 2019; HANSEN, et al., 2014; ALMEIDA, CAMPOS, 2019).

A análise do comportamento social qualificado como estigmatizador e preconceituoso não é restrito à pessoas sem formação profissional em saúde, mas, amplamente, o estigma vivenciado por pessoas com esquizofrenia ao procurar atendimento de saúde é documentado na literatura científica, e abrange a negação da prestação de cuidados, a prestação de cuidados de baixa qualidade e as ações de abuso físico e verbal, onde rótulos como limitados, incapazes, sequelados, inválidos e de comportamento alterado são projetados (NYBLADE et al., 2019; SILVA et al., 2019; BRUNOZI et al., 2019; SILVA, MARCOLAN, 2018).

Os profissionais que atuam na área de saúde mental devem levar em consideração, no cuidado, valores éticos e do âmbito da bioética, realizando o devido tratamento sem desconsiderar a dignidade. O exercício dessa atividade, portanto, não depende apenas de competência e habilidades técnicas, mas principalmente de compreensão e sensibilidade ética que, segundo Cohen e Salgado (2009), decorrem do reconhecimento da dignidade humana do paciente. Além disso, a atividade do profissional de saúde deve ser baseada na defesa da integração social das pessoas com doença mental, de modo a propiciar o devido exercício de seus direitos e deveres (ORNELAS, 2008).

Neste cenário, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) recomendou que serviços de emergências psiquiátricas já existentes permanecessem abertos e que novos locais fossem criados para conduzir pacientes em surto ou crise. Ressaltou ainda a necessidade de treinar as equipes de saúde em emergências psiquiátricas, especialmente as do Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU), com suporte remoto do médico psiquiatra quanto à melhor forma de encaminhar o paciente para atendimento.

Visando evitar a disseminação do coronavírus entre pacientes internados em leitos psiquiátricos, a ABP recomendou ainda internação domiciliar quando possível, brevidade da internação hospitalar, uso contínuo de máscara em pacientes sintomáticos e redução da frequência de visitas de familiares. Para os Centros de Atenção Psicossocial, aconselhou suspender atividades em grupo e reduzir o número de consultas individuais para o mínimo necessário ao usuário. No que se refere ao atendimento em psiquiatria infantil, orientou a remoção de brinquedos, avaliação prioritária da escuta dos pais antes do atendimento à criança, intenso cuidado com higienização de superfícies e uso de brincadeiras avaliativas evitando contato próximo.

Em comparação com pacientes sem diagnóstico de transtorno mental, os pacientes com esquizofrenia enfrentam maiores dificuldades para acessar e receber cuidados de saúde física. Trabalhos recentes relataram a existência de grandes disparidades na saúde e nos cuidados de saúde para Covid-19 entre pacientes com esquizofrenia e pacientes sem diagnóstico de transtorno mental, incluindo menores taxas de vacinação Covid-19 (DUARTE et al 2020; FRANÇA et al 2021).

A alta demanda por serviços de saúde gerada pela COVID-19, visando conter a disseminação do coronavírus, reduzir ou mesmo interrompeu vários outros serviços de saúde, incluindo doenças não relacionadas ao covid-19, cuidados intensivos comuns, cirurgias eletivas e consultas ambulatoriais. Além disso, é possível que os serviços de emergência estejam sendo priorizados em detrimento dos atendimentos eletivos, e muitos profissionais de saúde foram realocados para auxiliar no manejo a pandemia de COVID-19.

Um relatório recente publicado pela OMS destacou que os serviços essenciais de saúde mental foram interrompidos em 93% de países ao redor do mundo durante o período de isolamento social. Embora 89% dos países pretendam investir em saúde mental cuidados em resposta à pandemia de COVID-19, apenas 17% desses países têm financiamento total para cobrir a maioria das estratégias de intervenção recomendadas. Esta situação acaba por dificultar as consultas e cuidados psicológicos e psiquiátricos de doentes crônicos, agrava um cenário decrépito da saúde mental em todo o mundo. Esta pode ter agravado uma grave situação de saúde mental no mundo, relatado anteriormente pela The Lancet Commission em 2018.

Estudo de Ornel et al (2022), demonstra o dramática declínio de consultas e intervenções em grupo em saúde mental e o aumento do atendimento emergencial desde o início da pandemia de COVID-19. Ambos os ambientes ambulatorial e hospitalar sofreram

consequências devido ao despreparo na logística de atendimento ao COVID-19 e ao início das medidas de distanciamento social e lockdown.

Também, observou-se aumento das consultas domiciliares, porém insuficientes para cobrir o aumento da demanda de atendimento psiquiátrico. De fato, várias condições de saúde mental como o caso da esquizofrenia, precisam de acompanhamento de longa duração, controle medicação, e um ambiente ambulatorial pode não ser apropriado para casos mais graves. Além disso, a redução da internação psiquiátrica leitos foi associado a maior encarceramento.

As estratégias não farmacológicas, essenciais para melhorar o tratamento e evitar recidivas ou internações também foram impactadas. Consequentemente, a substituição do atendimento hospitalar pelo pronto-socorro e consultas alternativas, são eficazes no controle de surtos psiquiátricos e outras situações momentâneas, mas não para fornecer apoio psicológico e psiquiátrico como cuidado constante podem ser responsáveis pelo aumento de piores desfechos de saúde mental, como internações e óbitos por suicídio e agravos pela covid-19.

Como limitações do estudo, relacionadas ao processo de amostragem inerente a seleção por conveniência dos participantes do estudo, processo que justificou em razão da disponibilidade dos profissionais em participar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao término dessa pesquisa em que se buscou conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico hospitalizado durante o período de pandemia da covid-19, conclui-se que além da vulnerabilidade por preconceito e exclusões, os profissionais relatam que os pacientes sentem dificuldades no acesso às medidas preventivas de saúde. O manejo de pacientes com esquizofrenia é complexo e requer um alto nível de habilidades e envolvimento da equipe. A esquizofrenia não controlada diminui a capacidade do paciente de relatar adequadamente seus sintomas e necessidades, o que corrobora para que os cuidados sejam especializados para cada indivíduo.

Os resultados também mostram que os pacientes com esquizofrenia têm mais dificuldade de procurar cuidados especializados devido o grau de comprometimento mental, e por sua dificuldade de avaliar criticamente a sua condição e suas relações. Além disso, alguns são portadores de outras comorbidades que comprometem a sua saúde como um todo. A pandemia favoreceu o isolamento da pessoa com esquizofrenia, com isso comprometeu o enfrentamento da doença e potencializou a vulnerabilidade a doença.

Pessoas com esquizofrenia muitas vezes experimentam violações de direitos humanos dentro de instituições de saúde mental e em ambientes comunitários. O estigma contra pessoas com essa condição, na pandemia se mostra, segundo os profissionais de forma intensa e generalizada, gerando exclusão social e impactando seus relacionamentos com outros, incluindo familiares, amigos e profissionais de saúde. Isso contribui para a discriminação, que por sua vez pode limitar o acesso a cuidados gerais de saúde, educação, habitação e emprego.

Durante a pandemia, as pessoas com esquizofrenia são mais vulneráveis do que outras a várias violações dos direitos humanos, incluindo negligência, abandono, falta de moradia, abuso e exclusão.

Por fim, diante dos resultados da pesquisa que demonstraram a maior vulnerabilidade do doente esquizofrênico durante o período da Covid-19, sugerimos que os portadores dessa doença possam ser incluídos nos grupos prioritários de saúde coletiva.

8. IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA NA ENFERMAGEM

O trabalho de enfermagem em saúde mental tem passado por importantes transformações nos últimos anos, com isso, novas práticas estão sendo adotadas pelos profissionais com o objetivo de proporcionar uma assistência integral à pessoa com sofrimento psíquico. Assim, houve a necessidade de refletir sobre suas ações e processo de trabalho, já que este é constituído por conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói.

Dentre os benefícios que o estudo pode aportar aos profissionais da saúde está seu potencial para provocar reflexão acerca de um tema com alto impacto na vida, não somente dos pacientes, mas também de familiares e profissionais que cuidam das pessoas que vivenciam a esquizofrenia.

Compete à enfermagem buscar mecanismos para modificar o paradigma do cuidado à pessoa com transtorno mental, atualizando seus conceitos e práticas, de modo a qualificar a atenção a esta clientela, norteadas pelos ideais da reinserção social, da liberdade e do cuidado.

Sabe-se que a esquizofrenia se apresenta como um problema de saúde pública, de evolução crônica e marcada pela desorganização dos processos mentais e pelo forte estigma social. Atualmente, o acompanhamento multiprofissional e adesão adequada ao tratamento possibilitam uma melhoria no desempenho das atividades diárias e maior qualidade de vida.

Os debates sobre a capacidade de autonomia do paciente esquizofrênico questionam se os sujeitos são capazes, psicologicamente ou legalmente, de tomar decisões adequadas. A capacidade para decisão, portanto, está intimamente ligada à decisão autônoma e às questões sobre a gravidade da doença. É imprescindível, portanto, realizar este julgamento, distinguindo os indivíduos cujas decisões devem ser respeitadas daquelas cujas decisões precisam ser revistas.

Destaca-se que os profissionais de saúde devem ter consciência de que suas atitudes podem gerar maior impacto na sociedade do que as atitudes da população em geral. Portanto, é preciso precaução para não se gerar uma ideia errônea acerca da doença que possa contribuir para aumentar a estigmatização do paciente e prejudicar a interação deste com vários segmentos da sociedade. Nesse sentido, faz-se necessário abandonar os mitos e preconceitos, especialmente por parte dos profissionais de saúde, com vistas a promover uma assistência em saúde mental ética e de qualidade

Deve-se ressaltar que, devido a questões culturais, o esquizofrênico acaba por ser excluído da sociedade pela família, por ele mesmo e pelas outras pessoas, e isso acaba se

constituindo como um fator agravante do quadro clínico do paciente, já que a evolução desta patologia está atrelada ao convívio social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Ofício nº 103/2020/ABP/SEC [Internet]. 31 mar 2020 [acesso 9 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/36Wcql6>.
- ALMEIDA, J.L.T. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. 1999. 132 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1999.
- ALMEIDA, D.L. Assistência em saúde mental: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 2, p. 302-313, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: **American Psychiatric Association**, 2013.
- ALVES, C.F.O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar. 2009.
- ANJOS, M.F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Rev. Bras. Bioética**, v. 2, n. 2, p. 184, 2006.
- ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.
- ARMENDANE, G.D. For respectful care. **Rev. bioét.** (Impr.). 2018; 26 (3): 343-9.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BECK NS, BALLON JS. Ethical Issues in Schizophrenia. **Focus** (Am Psychiatr Publ). 2020 Oct;18(4):428-431. doi: 10.1176/appi.focus.20200030.
- BITAN D.T., KRIDIN K., COHEN A.D., WEINSTEIN O. Tendências de hospitalização, mortalidade, vacinação e pós-vacinação por COVID-19 entre pessoas com esquizofrenia em Israel: Um estudo de coorte longitudinal. **Lancet Psiquiatria**. 2021; 8:901–908. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00256-X.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York em 30 de março de 2007.
- BRASIL. **Lei nº 10.210, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos das Leis nos 9.082, de 25 de julho de 1995, 9.293, de 15 de julho de 1996, 9.473, de 22 de julho de 1997, 9.692, de 27 de

julho de 1998, 9.811, de 28 de julho de 1999, e 9.995, de 25 de julho de 2000, que dispõem sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para os exercícios de 1996, 1997, 1998, 1999, 2000 e 2001, respectivamente.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia.

BARLATI, S., NIBBIO, G. E VITA, A. (2021). Esquizofrenia durante a pandemia de COVID-19. atual **Opinião. Psiquiatria** v.34, p.203-210. doi: 10.1097/YCO.0000000000000702

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Doi: 10.9788/TP2013.2-16. 18.

CAMPION, J. et al. Addressing the public mental health challenge of COVID-19. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 8, p. 657-658, Aug. 2020. Doi: 10.1016/S2215- 0366(20)30240-6.

CARMO, M.E, GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública** v.34, n.3, e00101417, 2018.

CASEY, P. Beneficence and non-maleficence: Confidentiality and carers in psychiatry. **Irish Journal of Psychological Medicine**, 2016; 33(4), 203-206. doi:10.1017/ipm.2015.58

CONSELHO DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS. **Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas a saúde envolvendo seres humanos**. 4. ed. Genebra: CIOMS; Brasília, DF: CFM, 2018.

COLIZZI, M., BORTOLETTO, R., SILVESTRI, M., MONDINI, F., PUTTINI, E., CAINELLI, C., et al. Sintomas medicamente inexplicáveis em tempos de pandemia de Covid-19: um relato de caso. **Imun. Saúde** v.5:e100073, 2020. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100073.

DINIZ, M.H. **Curso de direito civil brasileiro**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v. 1.

DUARTE, P.S; MARIANO, JLP; VERTELO, GAD; MARINCECK, DF. Política de Saúde Mental no Brasil: histórico e análise do seu contexto atual. **Revista Atenas Higeia**, v.3, n.2, p17-23, 2021.<http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/116>.

FARO, A, BAHIANO M.A, NAKANO TC, REIS C, SILVA BFP, VITTI LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**. 2020, 37, e200074. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

FELÍCIO, J. L; PESSINI, L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Rev. Bioética**, v. 17, n. 2, p. 203-220, 2009.

FONSECA L, DINIZ E, MENDONÇA G, MALINOWSKI F, MARI J, GADELHA A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. **Braz J Psychiatry**. v.42, p.236-238. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0010>.

FOND G, PAULY V, LEONE M, LLORCA PM, ORLEANS V, LOUNDOU A, et al. Disparidades na internação em unidade de terapia intensiva e mortalidade entre pacientes com esquizofrenia e COVID-19: um estudo de coorte nacional. **Esquizofr Touro**. (2020) sbaa158. DOI: 10.1093/schbul/sbaa158

GAGLIONI, C. Quais as prioridades de vacinação em outros países? Nexo Jornal, 2021.

GIRALDI, A.; CAMPOLIM, S. Novas abordagens para esquizofrenia. **Cienc. Cult.** [online]. São Paulo, v. 66, n. 2, p. 6-8, jun. 2014.

GONZAGA, S.T.G.; ALMEIDA M.; ANJOS M.F. Reflexão ética sobre o conceito de descarte subjetivo de sangue, sua utilização e problemas éticos gerados pelo seu uso, à luz da RDC n.153/2004. **Bioetikos** – Centro Universitário São Camilo, v. 2, n. 1, p. 89-98, 2008.

GOULARTE, J.F; SERAFIM S. D; COLOMBO, R; HOGG B et al. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. **Journal of Psychiatric Research**. 2021; v.132, n.1, p.32-37.

HARTMANN, P.V. **Transtornos mentais possuem relação com quadros mais graves de Covid-19?** Pubmed, 2021.

HAMADA, K., E FAN, X. (2020). O impacto do COVID-19 em indivíduos que vivem com doença mental grave. **Esquizofr. Res.** 222, 3-5. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.054.

HASSAN L., SAWYER C., PEEK N., LOVELL K., et al. Absorção de vacinação COVID-19 em pessoas com doença mental grave: Um estudo de coorte baseado no Reino Unido. **Psiquiatria Mundial**. 2022; 21:153–154. DOI: 10.1002/wps.20945

HAO, F., TAN, W., JIANG, L., ZHANG, L., ZHAO, X., ZOU, Y., et al. (2020). Os pacientes psiquiátricos apresentam mais sintomas psiquiátricos durante a pandemia e o bloqueio do COVID-19? Um estudo de caso-controle com implicações de serviço e pesquisa para imunopsiquiatria. **Comportamento do Cérebro. Imun.** 87, 100-106.

HOWE E. Ethical considerations when treating patients with schizophrenia. **Psychiatry** (Edgmont). 2008 Apr;5(4):59-64.

IFTENI, P., DIMA, L., E TEODORESCU, A. (2020). Tratamento com antipsicóticos injetáveis de longa duração durante a pandemia de COVID-19 – um novo desafio. **Esquizofr. Res.** 220, 265-266. doi: 10.1016/j.schres.2020.04.030

KEMP, P; RENDTORFF, J. D. The Barcelona Declaration. Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. **Synthesis Philosophica**, 46: 239-251, 2008.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p.2354-2362, out. 2008.

KOZLOFF, N., MULSANT, B. H., STERGIOPOULOS, V. & VOINESKOS, A. N. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. **Schizophr.** 2020; 466, 752–757.

KOLA L et al. **COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries:** reimagining global mental health. <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/PIIS2215036621000250.pdf>

LEE, YR., CHUNG, YC., KIM, J.J. et al. Effects of COVID-19-related stress and fear on depression in schizophrenia patients and the general population. **Schizophr**, 2022; 8, 15. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00213-3>.

LUCENA, M.A.S.; BEZERRA, A.F.B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 9, p. 2447-2456, 2012.

MAZEREEL V., VAN ASSCHE K., DETRAUX J., DE HERT M. Vacinação COVID-19 para pessoas com doença mental grave: Por que, o que e como? **Lancet Psiquiatria**. 2021; 8:860–861. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00301-1.

MAGUIRE, P. A., & LOOI, J. C. Vulnerability of people with schizophrenia to COVID-19. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 2020. doi:10.1177/0004867420940775.

MEDEIROS, C.C.S. Saúde mental e o direito. São Paulo: Método, 2004. NEMANI K, L.I.C. et al. Association of psychiatric disorders with mortality among patients with COVID-19. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 4, p. 380-386, 2021. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.

MENDONÇA, S.M. Dignity and autonomy of patients with mental disorders. **Rev. bioét.** (Impr.). 2019; 27 (1): 46-52. Doi: 10.1590/1983-80422019271285.

MORAES, T.C.A; MONTEIRO, P. S. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Rev. bioét.** (Impr.). 2017; 25 (2): 311-9.

- MORAIS, I.M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 10 (suppl 2), 2010. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600010>
- MOHAN M, PERRY BI, SARAVANAN P AND SINGH SP. COVID-19 in People With Schizophrenia: Potential Mechanisms Linking Schizophrenia to Poor Prognosis. **Front. Psychiatry.** 2021; 12:666067.
- MORENO, C., WYKES, T., GALDERISI, S., NORDENTOFT, M., CROSSLEY, N., JONES, N., et al. (2020). Como os cuidados de saúde mental devem mudar como consequência da pandemia do COVID-19. **Psiquiatra Lancet.** 7, 813-824. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2
- MORRIS, K., REID, G., SPENCER, S. Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2018; 10(10), 1-24. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012398.pub2>
- NEMANI K, LI C, OLFSON M, ET AL. Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. **JAMAPsychiatry.** 2021;78(4):380–386.
- NEVES MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética** 2006; 2:157-72.
- NOORDSY DL. Ethical Issues in the Care of People With Schizophrenia. **Focus (Am Psychiatr Publ).** 2016 Jul;14(3):349-353. doi: 10.1176/appi.focus.20160011
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos.** Genebra: Unesco; 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 82-83. 19
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Direitos do Deficiente Mental.** 1971.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world health report 2000:** Health System: improving performance. Genebra: OMS, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS revela principais causas de morte e incapacidades em todo o mundo entre 2000 e 2019.**
- PAVANI, F.M. et al. Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.,** v. 42 (esp): e 20200188, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200188>.

- PIZZINATO, A. et al. **SUAS na COVID-19**: proteção social a grupos vulnerabilizados. In: NOAL, D.S.; PASSOS, M.F.D.; FREITAS, C.M. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 266-304.
- PONTES, A.L. et al. **Povos indígenas no contexto da COVID-19**. In: NOAL, D.S.; PASSOS, M.F.D.; FREITAS, C.M. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 252- 265.
- PUGINNA, A.C.G; SILVA, M.J. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **REME – Rev. Min. Enferm.**;13(4): 599-605, out./dez., 2009.
- RENAUD I. Fragilidade e vulnerabilidade. **Rev Portuguesa Bioética**. 2005; 39:405-16.
- RODRIGUES, R.C.; MARINHO, T.P.C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1615-1625, 2010.
- SANCHES, M.A; MANNES, M; CUNHA, T. R Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, jan./mar. 2018. doi: 10.1590/1983-80422018261224.
- STANLEY, S., BALAKRISHNAN, S., E ILANGO VAN, S. (2017). Sofrimento psicológico, sobrecarga percebida e qualidade de vida em cuidadores de pessoas com esquizofrenia. **J. Ment. Saúde** 26, 134-141. doi: 10.1080/09638237.2016.1276537
- SMITH, BJ E LIM, MH (2020). Como a pandemia do COVID-19 está focando a atenção na solidão e no isolamento social. *Saúde Pública Res. Pratique*. 30:3022008. doi: 10.17061/phrp3022008.
- SHINN, AK, E VIRON, M. (2020). Perspectivas sobre a pandemia de COVID-19 e indivíduos com doença mental grave. **J. Clin. Psiquiatria** 81:20com13412. doi: 10.4088/JCP.20com13412.
- SOLÉ, B., VERDOLINI, N., AMORETTI, S., MONTEJO, L., ROSA, AR, HOGG, B., ET AI. (2021). Efeitos da pandemia de COVID-19 e bloqueio na Espanha: comparação entre controles comunitários e pacientes com transtorno psiquiátrico. Resultados preliminares do ESTUDO BRIS-MHC. **J. Afeto. Desordem**. 281, 13-23. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.099
- SUHAS S. Vacinação COVID-19 de pessoas com esquizofrenia na Índia – Necessidade de ação imperativa! **Esquizofr. Res.** 2021; 231:49–50. DOI: 10.1016/j.schres.2021.03.003.
- TZUR BITAN, D., KRIEGER, I., KRIDIN, K., Komantscher, D., Scheinman, Y., Weinstein, O., et ai. (2021). Prevalência e mortalidade por COVID-19 entre pacientes com esquizofrenia: um estudo de coorte retrospectivo em larga escala. **Esquizofr.** 47, 1211-1217. doi: 10.1093/schbul/sbab012

VASCONCELOS EM. O poder que brota da dor e da opressão: Empowerment, sua história, teorias e estratégias. Paulus: São Paulo, 2003.

VIGNA, C. **Struttura de la persona i question idi bioetica**. In: BELLINO, F. Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos e morais. São Paulo Edusc, 1997.

VINDEGAARD, N., E BENROS, ME (2020). Pandemia de COVID-19 e consequências para a saúde mental: Revisão sistemática das evidências atuais. Comportamento do Cérebro. **Imunidade** 89, 531-542. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.

YAO, H., CHEN, J. H. XU, Y. F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. **Lancet Psychiatry**, 2020; 7, e21.

WARREN N., KISELY S., SISKIND D. Maximizando a adoção de uma vacina COVID-19 em pessoas com doença mental grave: uma prioridade de saúde pública. **JAMA Psiquiatria**. 2020; 78:589–590. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4396

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11. International Classification of Diseases 11th revision. 2021**. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Esquizofrenia**. Retrieved in 2022 October 11, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

ZANDIFAR, A.; BADRFAM, R. COVID-19: Considering the prevalence of schizophrenia in the coming decades. **Psychiatry Res.**, v. 288, p. 112982, 2020. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112982.

ZHAND, N., E JOOBER, R. (2021). Implicações da pandemia de COVID-19 para pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia: revisão narrativa. **BJPsych Open** 7:e35. doi: 10.1192/bjo.2020.157

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo “A VULNERABILIDADE DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO EM TEMPOS COVID-19”, que tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico e a inclusão desta categoria como grupo de risco frente a pandemia de COVID-19 e descrever a percepção da equipe multiprofissional de um Hospital Psiquiátrico se a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico deve ser levada em consideração, principalmente como exposição permanente nesse momento da COVID-19. Acreditamos que esta pesquisa seja importante pois será promovida uma discussão sobre o tema entre profissionais de saúde de uma instituição psiquiátrica para emergir informações, que venham de encontro a temática e subsidiar análise sobre a importância do paciente esquizofrênico no contexto da COVID-19 e sua inserção em grupos de vulneráveis a doença.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação nessa pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob forma de entrevista que será gravada. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O pesquisador irá agendar um dia e horário para a execução da entrevista com duração de uma hora, dentro de sua disponibilidade, esta entrevista vai ocorrer no auditório do hospital no qual poderá ser respeitada as normas de biossegurança no combate a COVID-19, como distanciamento e ambiente amplo e arejado, ressalta-se que você e o pesquisador estarão utilizando máscara N95.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, na pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: a discussão sobre o tema entre profissionais de saúde de uma instituição psiquiátrica para emergir informações, que venham de encontro a temática e subsidiar análise sobre a importância do paciente esquizofrênico no contexto da COVID-19 e sua inserção em grupos de vulneráveis a doença. Bem como, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos em sua participação, tais como referem-se aos desconfortos originados da discussão da temática e a audiogravação. É importante que fique ciente de que as informações fornecidas são consideradas estritamente confidenciais e serão divulgados apenas os resultados globais da pesquisa. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: assegurando que você abandone livremente as discussões caso seja de seu interesse, sem necessidade de justificar-se.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição de informação em qualquer formato que possa indicar sua identidade.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a

qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: mediante depósito em conta corrente.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

O pesquisador envolvido com o referido projeto são Josue Ferreira Sampaio e com ele você poderá manter contato pelo telefone 44 99179-9000 e/ou através de seu respectivo e-mail josue7sampaio@gmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que, caso queira, poderei solicitar uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do responsável pelo participante da pesquisa	
Nome:	Josué Ferreira Sampaio
Telefone:	44 99179-9000
e-mail:	josue7sampaio@gmail.com

Local, _____ de _____ de _____

**Assinatura do responsável pelo
participante da pesquisa**

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____

Local de formação: _____ Ano: _____

Tempo de atuação em psiquiatria: _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

1. Você cuida de paciente com esquizofrenia há quanto tempo?
2. Quais as principais características dos pacientes esquizofrênicos?
3. Os pacientes esquizofrênicos historicamente são vítimas de preconceitos e exclusão, você acredita que há outras vulnerabilidades?
4. Na sua visão como a covid-19 potencializou a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico? Em que aspecto?

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

 Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/ PR	
---	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VULNERABILIDADE DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO EM TEMPOS COVID-19

Pesquisador: JOSUE FERREIRA SAMPAIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53355021.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.148.111

Apresentação do Projeto:

"Os critérios utilizados para escolha dos grupos vulneráveis a pandemia da COVID-19 tem deixado margem para questionamentos. Há classes de pessoas que são envolvidos em uma barreira sistêmica que dependem de iniciativa de terceiros para realização pessoal e atender as demandas que lhes envolvem, como é o caso dos pacientes com esquizofrenia. O grupo do qual faz parte o paciente esquizofrênico é mais vulnerável à contaminação e, por vezes, após a infecção, têm resultados mais graves do que pessoas sem o transtorno. Esta pesquisa tem como objetivos avaliar a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico e a inclusão desta categoria como grupo de risco frente a pandemia de COVID-19 e descrever a percepção da equipe multiprofissional de um Hospital Psiquiátrico se a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico deve ser levada em consideração, principalmente como exposição permanente nesse momento da COVID-19. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que será realizado em um hospital especializado em transtornos mentais, os sujeitos da pesquisa serão constituídos pela equipe multiprofissional em saúde. Definiu-se como critérios de inclusão dos sujeitos do presente estudo os seguintes critérios: ser profissional de saúde e atuar no Hospital Psiquiátrico. Serão excluídos os profissionais que estiverem de férias ou licença e que não aceitem participar do estudo. Será utilizado um instrumento com informações objetivas para caracterização dos participantes e um roteiro de entrevista semi-estruturado, a entrevista ocorrerá no auditório do hospital no qual poderá ser respeitada as normas de biossegurança no combate a COVID-19. O conteúdo das

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155		
Bairro: Prado Velho		
UF: PR	Município: CURITIBA	CEP: 80.215-901
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103	E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 5.148.111

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aponto que o convite aos participantes deve ser de forma a possibilitar sua negativa, bem como, minimizar o constrangimento pelo não aceite.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS n 001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1859381.pdf	17/11/2021 18:02:59		Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoJ.pdf	17/11/2021 18:02:30	JOSUE FERREIRA SAMPAIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoJ.pdf	17/11/2021 14:51:08	JOSUE FERREIRA SAMPAIO	Aceito
Outros	InstrumentoJ.pdf	17/11/2021 13:12:58	JOSUE FERREIRA SAMPAIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochuraetica.pdf	17/11/2021 13:12:29	JOSUE FERREIRA SAMPAIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_J.pdf	15/11/2021 02:39:54	JOSUE FERREIRA SAMPAIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 5.148.111

CURITIBA, 06 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Ana Carla Efig
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br