

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

JEFFERSON ZOTELLI

REPERCUSSÕES PSIQUIÁTRICAS EM PACIENTES E FAMILIARES
ACOMETIDOS PELA FORMA GRAVE DA SARS-CoV-2, COM ÊNFASE NO
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), EM RIO BRANCO-
AC.

Rio Branco – Acre

2022

**REPERCUSSÕES PSIQUIÁTRICAS EM PACIENTES E FAMILIARES
ACOMETIDOS PELA FORMA GRAVE DA SARS-CoV-2, COM ÊNFASE NO
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), EM RIO BRANCO-
AC.**

JEFFERSON ZOTELLI

**Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Acre para defesa de dissertação.**

Orientadora: Danuzia da Silva Rocha

Co-orientadora: Suleima Pedroza Vasconcelos

Rio Branco – Acre

2022

- Z89r Zotelli, Jefferson, 1974 -
Repercussões psiquiátricas em pacientes e familiares acometidos pela forma grave da Sarvs-Cov-2, com ênfase no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), em Rio Branco - AC / Jefferson Zotelli; orientadora: Dra. Danizia da Silva Rocha. – 2022.
70 f.: il. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós – Graduação em Mestrado em Saúde Coletiva. Rio Branco, 2022.
Inclui referências bibliográficas, anexos e apêndices.
1. Transtorno do estresse pós-traumático. 2. Covid-19. 3. Saúde Mental. I. Rocha, Danuzia da Silva (orientador). III. Título.

CDD: 362

FOLHA DE APROVAÇÃO

Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira (Membro Externo)

Universidade Federal Fluminense

Membro Externo

Prof. Dr. Marcelus Antônio Motta Prado de Negreiros

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto/UFAC

Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Suleima Pedroza Vasconcelos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC

Membro Interno/Coorientadora

Prof^a. Dr^a. Danúzia da Silva Rocha

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFAC

Presidente/Orientadora

DEDICATÓRIA

Ao Dr. Jakson Roberto Ramos da Silva

Dr. Sebastião (Tião) Viana

Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao corpo docente da Universidade Federal do Acre (UFAC), tanto da pós-graduação quanto da graduação, que soube respeitar minhas limitações e ao mesmo tempo propiciar aprendizado; ao Setor Médico da UFAC por terem flexibilizado minha carga horária a fim de que cumprisse as demandas deste mestrado que ora concluo; aos colegas mestrandos e doutorando; aos monitores do corpo docente dos cursos de Enfermagem e Medicina.

Acredito mesmo que os transtornos psíquicos são mais perigosos do que as epidemias e os terremotos.

Além de todo receio natural, de todo sentimento de pudor e tato, existe em nós um temor secreto dos *perils of the soul* (perigos da alma).

CARL GUSTAV JUNG

Psicologia e religião

Kite (U2)

Compositores: Clayton Adam, Evans David, Mullen Laurence, Hewson Paul David

[...]

And hardness, it sets in

You need some protection

The thinner the skin

[...]

Who's to say where the wind will take you?

Who's to say what it is will break you?

I don't know which way the wind will blow

Who's to know when the time's come around?

Don't want to see you cry

I know that this is not goodbye

[...]

I'm a man, I'm not a child

A man who sees

The shadow behind your eyes

[...]

Did I waste it?

Not so much I couldn't taste it

Life should be fragrant

Rooftop to the basement

[...]

RESUMO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um estado psiquiátrico que se instala por evento estressante agudo e relevante. Há tempos verificou-se que doenças infecciosas epidêmicas têm grande potencial para desencadear TEPT – como é o caso da pandemia da SARS-CoV-2. Esta pesquisa teve o objetivo de compreender as repercussões na saúde mental – com ênfase no TEPT -, entre sobreviventes da forma grave da COVID-19 e familiares de pacientes que foram à óbito em função dessa moléstia, por meio de processo metodológico qualitativo por entrevistas semiestruturadas com 10 participantes. As informações coletadas seguiram a análise de conteúdo utilizando o referencial teórico da Fenomenologia. Na análise dos resultados, verificamos sinais e sintomas do âmbito do TEPT - tais como revivescência, esquiva, hiperestimulação autonômica, hipervigilância; bem como quadros clínicos associados de ansiedade, depressão, psicose e transtornos do sono - em pessoas gravemente afetadas pela doença e familiares. Concluímos que os participantes dessa pesquisa apresentam densamente quadros clínicos psiquiátricos já descritos na literatura médica, corroborando-os; além disso, parecer ser um campo de estudo promissor e que enseja novas pesquisas e descobertas.

Palavras-chaves: Transtorno do Estresse Pós-Traumático; COVID-19; Saúde Mental.

ABSTRACT

The Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a psychiatric condition that comes by stressful acute and relevant event. There are times has been checked that epidemics infectious diseases have a large potential to bring about PTSD – such as the case of SARS-CoV-2 pandemic. This research had the goal of comprise the mental health' repercussions – with emphasis in the PTSD -, among survivors of COVID-19 severe form and relatives of patients went to death because of this pathology, through qualitative methodology process by semi structured interviews with 10 participants. The informations collected follow the contents analysis utilizing the theoric referential of Phenomenology. In the analysis of results, we verify signals and symptoms of TEPT's scope – such as re-experiencing the traumatic event in the present, avoidance of reminders, persistente perceptions of heightened current threat; as well as clinical conditions associated of anxiety, depression, psychoses and sleep disorders – in people severely affected by the disease and relatives, as well as emerged 3 main themes: “A Unknown Enemy”; “Consternation”; and “The World Has Changed”. We concluded that the participants of this research present thickly psychiatric clinical conditions already described in medical literature, corroborating them; besides, it seems to be a promising field of study and gives rise news researches and discoveries.

Keyword: Posttraumatic Stress Disorder; COVID-19; Mental Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 HISTÓRICO	11
1.2 HISTÓRICO DA DEFINIÇÃO	12
2. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	13
2.1 EPIDEMIOLOGIA DO TEPT	13
2.2 DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EPIDÊMICAS E TEPT	15
3. JUSTIFICATIVA	18
4. PERGUNTA DE PESQUISA	18
5. OBJETIVOS	18
5.1 OBJETIVO GERAL	18
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
6. METODOLOGIA	19
6.1 LOCAL DE ESTUDO	20
6.2 POPULAÇÃO	21
6.3 PRODUÇÃO DE DADOS	21
6.4 ANÁLISE DE DADOS	22
6.5 ASPECTOS ÉTICOS	25
7. RESULTADOS	25
7.1 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES	25
7.2 ANÁLISE DOS TEMAS	27
7.2.1 <i>IMPACTO INICIAL</i>	28
7.2.2 <i>CONSTERNAÇÃO</i>	31
7.2.3 <i>O MUNDO MUDOU</i>	37
8. DISCUSSÃO	47
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE I	58
APÊNDICE II	62
ANEXO I: Q COREQ	64
ANEXO 2: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	67

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

Transtornos de Estresse Traumáticos tiveram diferentes nomes vinculados através da História, e o termo Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi apenas cunhado em 1980, definido de acordo com uma gama de respostas sindrômicas a estressores extremos; seu constructo diagnóstico tem sido sucessivamente delineado e os sintomas centrais incluem revivências intrusivas, pesadelos, insônia, evitação de situações que induzam lembranças (do estresse), delírios e hipervigilância são os principais conservados através de milhares de anos em observações (SHALEV; MARMAR, 2018, p.03).

Eventos históricos registram a ocorrência desse fenômeno, tal como em 1300 AC, envolvendo, um guerreiro assírio; a história bíblica de Jó; o Henry o IV de Shakespeare. Já na literatura médica, nostalgia (ou “doença suíça”) foi uma das primeiras descrições de transtorno pós-traumático, termo criado em 1688 por Johannes Hofer, cuja descrição é bastante similar à atual: jovens forçados a entrar no serviço militar tornam-se tristes, taciturnos, apáticos, solitários, suspirando e gemendo, deixam de prestar atenção e ficam indiferentes à manutenção da própria vida. Nostalgia foi retomada na Guerra Civil americana, diagnosticados três em cada 1000 recrutas: em 1862, o cirurgião do exército Gal. William A. Hammond recomendou idade mínima de 20 anos para que um jovem ingressasse nas Forças Armadas. No início do século XIX, colisões em ferrovias eram frequentes na Philadelphia/ EUA e um número crescente de indivíduos expostos relataram sintomas persistentes sem injúria física, levando à publicação, em 1867, de “Ferrovia e Outras Injúrias do Sistema Nervoso” (SHALEV; MARMAR, 2018, p.13). Na 1ª Guerra Mundial, foi reconhecida como patologia do “coração irritado” e exaustão dos soldados; reações de stress ao combate foram endêmicas, tendo sido descritas “conversão” histórica, paralisia dos membros e corpo desabilitados funcionalmente e “shell shock” – ondas de choque “concussivas” (i.e., potencialmente capazes de acarretar uma concussão) das proximidades que explodiam unidades (cujos revestimentos são chamados de “shells”) de artilharia, caracterizando causa orgânica –, em contraposição com “neurose de combate” – condição mental – e, após essa guerra, “neurose compensatória”. Na 2ª Guerra Mundial, em 1946, Lidz anotou “... reações emocionais de uma severidade que poderiam ser consideradas incapacitantes... ansiedade e depressão, cefaléia, anorexia, tremores, insônias, pesadelos e palpitações...”; descrições nesta guerra refletem o que atualmente denominamos dissociação peritraumática, transtornos identificados foram referidos como “neurose traumática”,

compreendendo sintomas como “fixação no trauma, sonhar acordado típico, contração de nível geral de funcionamento, irritabilidade e propensão para reações agressivas explosivas” ou “fadiga operacional”, com sintomas semelhantes: “irritabilidade, fadiga, dificuldade de conciliar o sono, reações de susto, depressão, tremor, hiperatividade simpática, dificuldades em concentração, confusão mental, preocupação com experiência de combate, pesadelos e sonhos de batalha, fobias e mudanças de personalidade”. Na guerra do Vietnã, “neurose de guerra” (SHALEV; MARMAR, 2018, p.14).

1.2 Histórico da definição

O constructo diagnóstico TEPT no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) vem sofrendo mudanças nas definições pelo mundo. Critérios diagnósticos divergentes entre o DSM-5 (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, WASHINGTON AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2013*) - que incluem lembranças intrusivas persistentes, evitação de estímulos persistentes, alterações negativas na cognição ou no humor e alterações marcantes em sobressaltos e reatividade, todos associados com o evento traumático vivenciado; o TEPT resultando em estresse relevante ou prejuízo em áreas social, ocupacional ou outra importante de funcionamento.

A *Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (CID) resume esse status. Cumpre lembrar que fizemos este estudo durante a transição da CID-10 (vigente no Brasil até 31 de dezembro de 2020) para a CID-11.

De acordo com a CID 10:

O TEPT é uma resposta tardia e/ ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de uma natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual causa angústia invasiva em quase todas as pessoas. Sintomas incluem episódios de repetidas revivências do trauma sob a forma de memórias intrusivas (flashbacks) ou sonhos, fundo persistente de uma sensação de ‘entorpecimento’ e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades e situações recordativas do trauma... medo e evitação de indicativos que relembram o trauma original... estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância, reação de choque aumentada e insônia... ansiedade, depressão e ideação suicida. O início segue o trauma com latência que varia de poucas semanas a meses, o curso é flutuante e a recuperação é esperada na maioria dos casos (CID - 10, 1993. p. 145.)

Adotou-se em âmbito global a CID-11, desde 1º de janeiro de 2022 conforme pontua KARATZIAS, 2019 (apud WHO, 2022): “O TEPT situa-se em uma subdivisão da categoria ‘Transtornos especificamente associados com estresse’”, já MAERCKER et al., 2013, (apud WHO, 2022) sugere que:

havendo duas definições irmãs distintas: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, codificado como 6B40 e Complexo Transtorno de Estresse Pós-Traumático (CTEPT), 6B41. O TEPT inclui três conjuntos de sintomas: (1) revivescência do trauma aqui e agora; (2) evitação de situações que remetam ao trauma; e (3) persistente senso de ameaça atual que se manifesta por sobressaltos exagerados e hipervigilância; o CTEPT inclui os três conjuntos do TEPT e três adicionais que refletem perturbações na organização pessoal (1) desregulação do afeto (2) autoconceito negativo (3) perturbações nos relacionamentos.

e ainda conforme KARATZIAS et al., 2017 (apud WHO 2022)

bem como perturbações tipicamente associadas com formas de exposição traumática sustentadas, repetidas ou múltiplas - campanhas genocidas, abuso sexual infantil, militarização de crianças, violência doméstica, tortura ou escravidão, refletindo perda de recursos emocionais, psicológicos e sociais sob condições de adversidade prolongada.

Atualmente, propõe-se um conceito mais elaborado, o “espaço conceitual” do TEPT, que aborda as dimensões essenciais nas quais o TEPT tem sido conhecido, cujas dimensões específicas compreendem a natureza e o impacto de eventos traumáticos; a natureza, a expressão e o curso de suas consequências mal adaptadas; vulnerabilidades e moderadores de efeitos patogênicos do trauma; mecanismos subjacentes à aquisição e persistência do TEPT; dimensões culturais/sociais afetando a expressão e administração do TEPT (SHALEV; MARMAR, 2018, p.5). O TEPT acarreta estresse danoso e incapacidade entre sobreviventes e membros da família, sendo um desfecho patológico comum de uma ampla variedade de eventos traumáticos, desde guerras e desastres até eventos individuais (SHALEV; MARMAR, 2017). Pacientes com TEPT vivem sob a sombra do trauma do passado.

2. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

2.1 Epidemiologia do TEPT

Dados epidemiológicos indicam que o tempo médio para o TEPT remitir é 36 meses, para indivíduos que procuram ajuda para qualquer problema de saúde mental e de 64 meses, para indivíduos que nunca procuram ajuda para um problema em saúde mental. Aproximadamente um terço dos que são diagnosticados com TEPT têm um curso crônico (KESSLER et al., 2005).

A literatura científica mostra que a maioria das pessoas são expostas a traumas em algum momento de suas vidas (BENJET et al., 2016), mas que, apenas uma minoria dessas pessoas desenvolvem TEPT (ATWOLI et al., 2015). Esta discrepância suscitou questões acerca de

diferenças individuais na vulnerabilidade psicológica para TEPT após exposição a traumas. Uma consideração prévia é a possibilidade que o risco de TEPT poderia, de forma muito importante, depender do tipo do trauma. Diferenças dessa natureza têm sido documentadas, com a maioria das pesquisas sugerindo que o risco de TEPT é mais alto após traumas envolvendo violência interpessoal (BRESLAU, et al., 2008; CARAMANICA et al., 2015; FOSSION et al., 2015). Uma linha de pesquisa relacionada ao tema sugeriu que histórico de trauma é um fator de risco para TEPT subsequente, com traumas prévios envolvendo violência possivelmente de importância especial (id 2008; id 2015; id 2015). Entretanto, poucos dos estudos que examinaram essas questões avaliaram traumas integralmente ou em uma forma não enviesada em uma grande e representativa amostra.

Até os anos 1990, o entendimento de TEPT apoiava-se quase inteiramente em estudos de veteranos de guerra e vítimas de desastres. Mas, a partir do ano 2000, foi conduzida uma grande gama de estudos epidemiológicos que investigam o curso natural do TEPT e como ele ocorre na população em geral. Na medida em que os conceitos do TEPT vão atualizando-se no decorrer do tempo, também estimativas de sua prevalência tendem a variar de acordo com os critérios diagnósticos que cada estudo utilizou, além de procedimentos de avaliação, características da amostra e a definição de eventos traumáticos – possibilitando um maior entendimento sobre o fardo do TEPT na população em geral. A partir do DSM-IV, a morte de uma pessoa amada, independentemente da causa, incluindo causas naturais, está incluída como um estressor, desde que ocorra “súbita e inesperadamente”; o DSM-IV TR também introduziu um componente subjetivo, requerendo que “a resposta da pessoa envolve medo intenso, desamparo ou horror” (SHALEV; MARMAR, 2018 p.128).

Amostras da população em geral indicam que o TEPT afeta cerca de 1 em 12 adultos em algum momento de suas vidas, equivalente a aproximadamente 15% a 24% daqueles expostos a eventos traumáticos. Há numerosas diferenças identificadas entre grupos demográficos, tal como uma razão de prevalência feminino-masculino durante toda a vida de 2:1, embora, indivíduos masculinos sejam mais suscetíveis que femininos para vivenciar ao menos um trauma durante a vida. Acima de tudo, os dados sugerem taxas de prevalência atuais para TEPT na ordem de 7% a 11% para aqueles que foram expostos a crimes violentos, mortes ou acidentes e taxas de 5% a 8% para aqueles expostos a vários ambientes perigosos. Em um estudo na área de Detroit (EUA), uma área de 6 condados habitada por mais que 4 milhões de pessoas, a prevalência durante toda a vida de exposição para um ou mais eventos traumáticos foi 89,6% (o trauma mais prevalente – 60% - foi morte súbita e inesperada de um ente querido). O risco condicional de TEPT é definido como a probabilidade de desenvolvimento do TEPT

em pessoas expostas a trauma e é chave para várias questões importantes na pesquisa do TEPT; nesse estudo foi 9,2% (BRESLAU, 2001).

Nos EUA, a exposição a trauma durante o período de vida foi reportada por um expressivo 82,7%. De longe, os tipos de trauma mais comuns, para os indivíduos que responderam, foi a morte inesperada de um ente querido e exposição direta à morte ou lesão corporal grave (KESSLER, 2018). O risco condicional de TEPT após exposição traumática nos EUA é 5,7%, mas varia muito de acordo com o tipo de trauma. Tanto a prevalência de exposição traumática quanto o risco condicional de TEPT precisam ser considerados na estimativa do fardo populacional especificamente atribuído ao trauma no TEPT (id., 2018). Fardo populacional é mais diretamente uma função da prevalência pontual, a qual é uma função conjunta da prevalência em todo período de vida e da persistência. Pouco se sabe sobre a persistência do TEPT na população geral. Uma revisão integral recente da literatura sobre remissão do TEPT, concluiu que, aproximadamente, metade dos casos de TEPT remetem dentro de 6 meses e que a probabilidade de remissão não varia substancialmente entre os tipos de trauma. Um relato prévio, baseado na Amostra Nacional de Comorbidade, ou *National Comorbidity Survey-Replication* (id., 2004), nos EUA, mostrou que a duração média de episódios de TEPT, devido aos piores traumas durante o período de vida, foi aproximadamente 36 meses nos casos em que o indivíduo recebeu tratamento e de 60 meses na ausência de tratamento (id., 1995). A duração média dos sintomas de TEPT, associada com traumas aleatórios, assumiu a média de mais de 6 anos, considerando-se todos os traumas envolvendo violência física, e de apenas 2 anos para traumas envolvendo acidentes (id., 2018). A estimativa mais direta do fardo populacional do TEPT associada com cada tipo de trauma é o número de anos de TEPT do nível populacional associado com o respectivo tipo de trauma (id., 2018). Nos Estados Unidos, os dois tipos mais comuns de trauma são: morte inesperada de ente querido e acidentes com veículos motorizados (NORRIS, 1992; ROBERTS et al., 2011). Ainda, traumas ocorrendo em outras pessoas contabilizam quase 40% de todos os traumas qualificados - 17,3% envolvendo morte inesperada de um ente querido e um adicional de 21,4% envolvendo outros traumas que ocorreram com um ente querido ou foram testemunhados (KESSLER et al., 2005).

2.2 Doenças Infeciocontagiosas Epidêmicas e TEPT

Conforme exposto, o TEPT é o principal transtorno mental causado pela maioria dos traumas psicológicos, dentre os quais estão incluídas as doenças infecciosas epidêmicas, como a doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19), acarretando-se um fardo social importante. Sobreviventes da COVID-19 estão em alto risco de TEPT, bem como vivenciar e testemunhar

o sofrimento relacionado a essa doença pode resultar em alta prevalência do TEPT. Exposição a doenças epidêmicas infecciosas resulta em um tipo particular de trauma psicológico: vivenciar diretamente e sofrer de sintomas e tratamentos traumáticos (dispneia, falência respiratória, descontrole de esfíncteres, alteração de estados de consciência, ameaça de morte, traqueostomia – em acometidos severamente pela COVID-19); testemunhar pacientes sofrendo, lutando contra e morrendo da patologia, o que impacta diretamente nos companheiros e membros da família dos pacientes; sentir o realista ou fantasioso medo da infecção, isolamento social, exclusão e estigma afeta pacientes, membros da família ou o público em geral. Estudos epidemiológicos (MAK et al., 2010; CÉ NATAN et al., 2020) têm demonstrado uma alta prevalência de problemas em saúde mental entre sobreviventes, familiares de vítimas e no público após uma doença infecciosa epidêmica, como SARS, MERS, Ebola, gripe, HIV/SIDA (sintomas de TEPT podem durar por tempo prolongado e resultar em estresse patológico e incapacidade). Um estudo de comorbidades psiquiátricas de longo prazo entre sobreviventes da SARS revelou que o TEPT foi a condição psiquiátrica crônica mais prevalente (proporção acumulativa de 47,8%, enquanto 25,5% continuam preenchendo os critérios para TEPT após 30 meses de serem acometidos pela SARS (VYAS et al., 2016). De 116 pessoas que sobreviveram ao Ebola na Libéria, 76 (66%) preencheram os critérios diagnósticos do DSM-IV 3 anos após o surto (MAK et al., 2009). A maioria dos estudos epidemiológicos indicou que os sobreviventes relataram a mais alta prevalência de TEPT, seguidos pelos familiares de vítimas (NYANFOR; XIAO, 2020).

Em uma revisão sistemática sobre a pandemia de COVID-19 e consequências em saúde mental, em que se pesquisou sintomas psiquiátricos associados à COVID-19 entre pacientes infectados e pacientes não infectados, encontraram 43 estudos, dentre os quais estavam contidos dois estudos com pacientes infectados (os demais versavam sobre o efeito indireto da pandemia) e os resultados mostraram 96,2% dos infectados com critérios diagnósticos para TEPT e alto nível de sintomas depressivos em relação à população geral; além disso, revelou diminuição do bem estar psicológico e aumento da ansiedade e depressão (comparando-se com o período anterior à COVID-19). Os fatores de risco para sintomas psiquiátricos e baixo bem-estar psicológico incluem gênero feminino, saúde própria relatada pobre e parentes com COVID-19 (VINDEGAARD; BENROS, 2020). Corroborando o exposto, uma revisão de literatura publicada no auge da pandemia da COVID-19, avaliou sequelas neuropsicológicas pela SARS-CoV-2 – considerando-se que os surtos por coronavírus no passado que resultaram em emergências na saúde sugerem que haverá uma prevalência substancial de TEPT entre os sobreviventes da COVID-19 – investigou como diferenciar tais sequelas devido ao TEPT

daquelas devido a injúria cerebral (pela própria COVID-19). Esse estudo acrescenta que, nos pacientes que desenvolvem TEPT no contexto de injúria cerebral traumática leve, o TEPT pode ser responsável por algumas ou todas as reclamações cognitivas subjetivas e pelos testes de performance neuropsicológica dos pacientes (KASEDA et al., 2020).

Uma série de medidas foram sugeridas como prevenção ao advento do TEPT, como diminuir as implicações negativas do isolamento, melhor intervenção psicológica nos casos potenciais e redução das desigualdades socioeconômicas, estilo de vida saudável com dieta adequada, atividade física, contatos sociais, evitar substâncias psicoativas, assistência de profissionais da saúde mental (RAONY et al., 2020).

Um estudo bibliográfico feito no Brasil, pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, identifica impactos da COVID-19 como fatores etiológicos do TEPT e sugere medidas de prevenção para este, tais como socialização virtual, estilo de vida saudável, ser otimista, praticar meditação e relacionamento solidário com a comunidade (DOS ANJOS; SANTOS, 2020).

No estado do Acre, até a data de 06/08/2022, havia 145.000 casos de pessoas testadas positivamente, 2.021 óbitos por conta da SARS-CoV-2. Foi adotado o referencial teórico da Fenomenologia para a análise, que objetiva proporcionar uma descrição direta da experiência tal como ela é. Assim, é necessário orientar-se ao que é dado diretamente à consciência, excluindo tudo que pode modificá-la, como, por exemplo, o subjetivo do pesquisador e o objetivo que não é dado realmente no fenômeno considerado.

Na Fenomenologia, a realidade não é algo objetivo e explicável como um conhecimento que privilegia explicações em termos de causa e efeito. A realidade é o compreendido, interpretado, comunicado, não existindo, na Fenomenologia, uma única realidade, mas tantas quantas forem suas compreensões e comunicações (GIL, 2019), a partir da noção de intencionalidade, isto é, da maneira como uma consciência num dado momento em particular, visa um objeto qualquer (SOKOLOWSKI, 2000). Devido à inexistência de um planejamento rígido e da não utilização de técnicas estruturadas para coleta de dados, não há como deixar de admitir o peso da subjetividade na interpretação dos dados. Desse modo, o abandono de pressupostos e julgamentos é condição fundamental; se faz necessário a adoção da redução fenomenológica, que requer a suspensão das atitudes, crenças e teorias, ou seja, a colocação entre parênteses do conhecimento das coisas do mundo exterior, para focar exclusivamente na experiência em estudo, no que essa realidade significa para a pessoa. Quando o pesquisador tem consciência de seus preconceitos, ele minimiza as possibilidades de deformação da realidade que se dispõe a pesquisar (GIL, 2019).

3. JUSTIFICATIVA

Devido à magnitude da SARS-CoV-2 e da associação das doenças infecto contagiosas com o TEPT, bem como ao número crescente de casos e óbitos no Brasil e no Acre, esta pesquisa teve como finalidade avaliar as consequências psiquiátricas diretas, bem como os efeitos indiretos na saúde mental, para uma melhor compreensão das repercussões psiquiátricas, principalmente no que tange a sinais e sintomas do âmbito do TEPT, nas pessoas afetadas pela forma grave da doença e familiares de pacientes que foram a óbito. Esta pesquisa poderá ajudar a subsidiar a abordagem terapêutica de pessoas com TEPT.

Não há no Brasil, até o presente, estudos com o caráter aqui apresentado, tanto quanto pudemos investigar mediante aplicação de parte do protocolo PRISMA em suas orientações para busca em bases de dados. As strings de busca por nós adotadas em junho de 2022 nas bases de dados PubMed e LILACS foram: “*psychiat* AND covid AND brazil*” e “*psychiat* AND covid AND ptsd*”.

4. PERGUNTA DE PESQUISA

Quais são as repercussões psiquiátricas, relacionadas ao TEPT, em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2 e familiares de primeiro grau enlutados na cidade de Rio Branco - AC?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Identificar as repercussões psiquiátricas relacionadas ao TEPT em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2 e familiares durante o processo de adoecimento e luto.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as experiências mentais vivenciadas durante o processo de adoecimento e luto.
- Caracterizar os participantes conforme os dados sociodemográficos.

- Descrever as alterações mais frequentes na saúde mental em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2 e familiares.
- Determinar as repercussões psiquiátricas relacionadas ao TEPT, nos pacientes e familiares acometidos pela SARS-CoV-2.
- Conhecer as estratégias de enfrentamento adaptativo adotadas pelos pacientes e familiares.
- Analisar as percepções dos participantes com ênfase no referencial teórico da Fenomenologia.

6. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, caracterizada por cinco itens fundamentais: estudar o fenômeno investigado; condições da vida real das pessoas; representar as opiniões e perspectivas dos participantes do estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que possam ajudar a explicar o comportamento social humano; usar múltiplas fontes de evidência na análise de informações (YIN, 2016).

Na presente pesquisa, foram avaliadas as consequências psiquiátricas diretas, bem como os efeitos indiretos na saúde mental, para melhor compreensão das repercussões enquanto transtornos mentais, principalmente no que tange a sinais e sintomas acerca do TEPT, nas pessoas afetadas pela forma grave da doença, como também nos familiares de pacientes que foram à óbito. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas - que são entrevistas abertas, cujas perguntas são previamente estabelecidas, contudo sem qualquer resposta sugerida. Neste tipo de entrevista as pessoas respondem às perguntas de forma espontânea, apesar das questões serem predeterminadas, em conformidade com os objetivos da pesquisa; o pesquisador define a sequência de formulação no curso da entrevista (GIL, 2019). O instrumento pretendia elucidar quais as percepções dos participantes sobreviventes envolvidos no processo de adoecimento, bem como naqueles que perderam entes queridos próximos (Anexo 1).

Para otimizar o conteúdo de opinião advindo das informações coletadas, foi utilizado o *checklist* COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (ANEXO II) -, um guia de orientação que desenvolve a pesquisa seguindo critérios recomendados por 32 itens a serem checados, elaborados por meio de critérios consolidados para relatos de investigação

qualitativa. Os domínios envolvem cinco itens de critérios de análise para características pessoais; três para relação com os participantes; um para o referencial teórico; quatro para a seleção dos participantes; três para o cenário da pesquisa; sete para a coleta de dados; cinco para a análise dos dados e quatro para o relato em si (BOECKMANN et al., 2018).

Foram entrevistados dez participantes, sendo dois sobreviventes da forma grave da SARS-CoV-2 (que precisaram ser internados para cuidados mais intensivos) e oito pessoas enlutadas em função da morte de entes com relação familiar íntima ou próxima, atendidos no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO-AC) do Acre e no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), no período compreendido entre 10 de agosto de 2020 e março de 2021.

As respostas dos participantes foram avaliadas individualmente – incluindo-se a forma, a expressão e as impressões subjetivas. Foram consideradas quaisquer citações ou impressões observadas que pertençam ao universo de sinais ou sintomas psiquiátricos.

6.1 Local de Estudo

A coleta se deu em dois grandes hospitais na capital acriana: o Instituto de Traumatologia e Ortopedia do Acre (INTO) e o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB).

Em meados de dezembro de 2020, a taxa de ocupação em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos hospitais acrianos era de 63%. Assim, os dois nosocômios foram os eleitos para acolher o, posteriormente visto, aumento de infectados.

O INTO foi o local que recebeu a estrutura de Hospital de Campanha (criado pelo Ministério da Saúde do Brasil para a Pandemia), para atender exclusivamente pacientes acometidos pelo coronavírus e, por isso, precisou passar por ampliações, reformas e adequações que permitiram o aumento no número de leitos. O local também instalou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tornando-se referência até para pacientes vindos de unidades de saúde privada. Como resultado, a Unidade passou a oferecer 100 leitos de enfermaria e 50 leitos de UTI.

Já o HUERB foi, também, hospital de referência para pessoas infectadas pelo coronavírus por já ser, desde sua fundação (1956), a mais importante Unidade de referência em urgência e emergência do Estado do Acre, tendo disponíveis 257 leitos, dentre eles 11 na Emergência Clínica, 53 nas áreas de Clínica Médica, 87 na Clínica Cirúrgica, 18 na Saúde Mental, 5 leitos na Unidade de Dor Torácica, 22 na Pediatria, 3 no Trauma, 30 Leitos de Retaguarda e 28 na UTI.

6.2 População

A população alvo consistiu de pessoas e/ou parentes de primeiro grau atendidos no INTO e HUERB no período mencionado. A amostra foi de conveniência – sobreviventes ou familiares enlutados -, cujos critérios de inclusão compreenderam ter sido vítima da forma grave da SARS-CoV-2, internado nas UTIs do INTO e/ou do HUERB, ser familiar de primeiro grau da pessoa que foi a óbito pela COVID-19, ocorrido nestes mesmos hospitais. Os critérios de exclusão compreenderam menores de idade e indígenas.

A amostra foi selecionada conforme define TURATO (2008), — essa escolha deliberada de respondentes, na qual o autor delibera quem são os sujeitos que compõem seu estudo, escolhendo livremente entre aqueles cujas características possam trazer informações relevantes sobre o assunto tratado.

As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio, com a solicitação de autorização prévia do entrevistado e transcritas para a análise.

Para efetuar o contato com os participantes, foram buscadas as fichas cadastrais dos pacientes, nas quais constam o contato telefônico ou *e-mail*. Na sequência, foi feito contato e apresentado o teor da pesquisa. Para aqueles que se mostraram interessados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para confirmação da participação.

6.3 Produção de dados

Após o contato inicial com os participantes, a produção de dados ocorreu de duas formas: remotamente, utilizando a plataforma *Google Meet*; e por visitas domiciliares, visitas no local de trabalho ou no consultório do pesquisador. A escolha ficou a critério do participante. Independente se presencial ou a distância, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista seguindo roteiro semiestruturado, que foi gravado, mediante autorização do entrevistado.

No caso das entrevistas que ocorreram no domicílio, todas as medidas de segurança para evitar o contágio pelo novo coronavírus foram tomadas, desde o distanciamento seguro entre o entrevistador e o participante, como também foram providenciados equipamentos de proteção individual (máscaras N95, avental descartável) - tanto para os pesquisadores quanto para os participantes.

6.4 Análise de dados

Os dados foram organizados e analisados de acordo com a técnica de análise temática (AT), cujos aspectos compreendem busca por padrões, recursividade, flexibilidade, homogeneidade interna nas categorias/temas e heterogeneidade externa - características fundamentais de análises qualitativas. Baseamo-nos na AT de Braun e Clarke (2006).

A AT pode ter abordagem indutiva e baseada nos dados ou dedutiva (teórica). Há 3 grupos de AT (BRAUN; CLARKE, 2017): *Coding Reliability*; *Codebook*; *Reflexive*. A *AT Reflexive* consiste em uma “*Big Q Qualitative Research*”; o que vale dizer que suas abordagens atestam que a codificação é fluida e flexível. Seu ponto principal não é alcançar acurácia, mas imersão e profundo engajamento com os dados. Como exemplo há a proposta de AT de Braun e Clarke, 2006. É abordagem mais atreita a pesquisas sociais e com agenda de justiça social (BRAUN; CLARKE, 2017).

Braun e Clarke, 2017 referem dois tipos de temas gerados com a AT: o tema cesta e o tema livro de histórias – este apresenta-se plenamente completo, pronto -; sendo um tratamento interpretativo, criativo e perspicaz sobre os dados, com a imersão e o engajamento necessários. A flexibilidade – aspecto fundamental à pesquisa qualitativa – permanece vital na aplicação das etapas da AT e entendimento das perguntas de pesquisa (PATTON, 2015).

Há 6 fases da AT:

1) Familiarização com dados: ativa, gerando novas ideias e a identificação de possíveis padrões e significados. Há tomada de anotações ou marcação de ideias preliminares de codificação; lista rascunhada de ideias sobre o que sugerem os dados e o que há de interessante sobre eles.

2) Gerando códigos iniciais: os códigos identificam um aspecto dos dados (um conteúdo latente ou um conteúdo semântico) “o segmento, ou elemento, mais básico dos dados brutos que pode ser avaliado de maneira significativa com relação ao fenômeno”; os dados vão sendo organizados em grupos que congregam significados; identificando-se aspectos interessantes que podem formar a base de padrões repetidos (temas). Extrato é pedaço codificado de dados que foi identificado em um item e dele extraído (sem perder o contexto). O mapa temático – uma conceptualização abrangente dos padrões de dados e das relações entre eles - termina quando todos os dados foram inicialmente codificados e combinados, resultando em uma lista de diferentes códigos.

3) Buscando temas: classificar os diferentes códigos em temas em potencial, considerar de que modo códigos diferentes podem combinar para formar um tema abrangente. Usar representações visuais, para criar um mapa temático inicial; pensar em relações, sejam estas entre os códigos, entre os temas. Encerra-se com uma coleção de candidatos a temas e todos os extratos de dados tendo sido codificados com relação a eles.

4) Revisando os temas: refinamento dos temas; excluir os que não o são (quando não há dados suficientes para apoiá-los, ou se os dados são muito heterogêneos); ou agrupar dois temas em um único tema; ou podem precisar ser divididos. Lembrar que as categorias devem ter homogeneidade interna e heterogeneidade externa. Há dois níveis de revisão e refinamento dos temas: todos os extratos, agrupados em cada tema (verificar se eles aparentam formar um padrão coerente); averiguar se os temas funcionam com relação ao banco (validade de cada um dos temas na relação com o banco de dados, mas também se o candidato a mapa temático reflete acuradamente os significados evidentes no banco com um todo; codificar qualquer dado adicional dentro dos temas que pode ter se perdido) e qual é a história que eles contam sobre os dados.

5) Definindo e nomeando os temas: definir e redefinir significa identificar a essência daquilo que cada tema trata, bem como o conjunto dos temas, e determinar qual aspecto dos dados cada tema captura; identificar o que é interessante sobre os dados e porque; a história de que trata cada tema e como ela se encaixa na história maior. Descrever o escopo e o conteúdo de cada tema em poucas linhas.

6) Produzindo o relatório: análise final e escrita do relatório: contar a história complexa dos dados para convencer o leitor sobre o mérito e a validade da análise; descrição concisa, coerente e interessante sobre a história que os dados contam; as evidências são extratos de dados suficientes para demonstrar a prevalência do tema. Construir um argumento na relação com a pergunta de pesquisa.

Os temas “emergem” do trabalho científico, que congrega experiência, teoria, *insights*, ideias, uma intencionalidade. Foi utilizada a abordagem da AT indutiva e baseada nos dados; do grupo *Big Q Qualitative Research*. Observou-se que foi atingido o ponto de saturação por volta do nono participante. Foi feita comparação qualitativa constante e se codificaram as linhas pertinentes para objeto de estudo; observando-se as premissas epistemológica (acerca do linguajar médico e do português coloquial regional). Enquanto a AT não permite generalizações; foram criadas teorias fundamentadas (SOUZA, 2019).

Conforme exposto, as temáticas foram analisadas com o referencial teórico da Fenomenologia. Para Sokolowski, (2000), a fenomenologia é o estudo da experiência humana

e dos modos como as coisas se apresentam elas mesmas para nós e por meio dessa experiência, é a autodescoberta da razão na presença de objetos inteligíveis. Insiste que, a identidade e a inteligibilidade estão disponíveis nas coisas, e que nós mesmos somos definidos com aqueles para os quais essas identidades e inteligibilidade são dadas. Nós podemos tornar evidentes o modo como as coisas são, quando fazemos assim, descobrimos objetos, mas, também descobrimos a nós mesmos como dativos de revelação, como aqueles pelos quais as coisas aparecem. Não podemos pensar somente nas coisas dadas a nós na experiência, mas podemos também compreender a nós mesmos enquanto as pensamos.

Com enfoque mais subjetivo, a partir do pressuposto de que há duas perspectivas possíveis de serem adotadas: a atitude natural e a fenomenológica: a atitude natural, que consiste na perspectiva padrão, aquela em que se está originalmente – orientada para o mundo, intencionando objetos -; e a atitude fenomenológica, que é o foco quando se reflete sobre a atitude natural e todas as intencionalidades que ocorrem dentro dela – onde tem lugar as análises filosóficas -; também chamada de atitude transcendental. Pôde-se compreendê-las contrastando-as (Idem op. Cit).

O filósofo Hegel, em sua obra sobre a fenomenologia, articulou - com a necessidade de uma lógica - as figuras do indivíduo ou da consciência que se desenham no horizonte do seu confronto com o mundo objetivo “ciência da consciência” (primeiro título escolhido por ele, para sua obra). Para ele, o ponto de partida da fenomenologia é dado pela forma mais elementar que pode assumir o problema da inadequação da certeza do indivíduo cognoscente enquanto indivíduo consciente. Ou seja, emerge do fato de que a certeza do indivíduo de possuir a verdade do objeto é por sua vez, objeto de uma experiência na qual indivíduo aparece a si mesmo instaurador e portador da verdade do objeto (HEGEL, 2014).

O autor Andrade, (2014), discorreu sobre a importância da etnografia em pesquisa social, em especial de inspiração fenomenológica, estudando-se as relações intersubjetivas em contextos laborais de saúde - examinando, entre outros, as relações interpessoais em contextos de saúde, analisando-se crenças, percepções, atitudes e significados partilhados coletivamente. Ao final de seu estudo, indica algumas estratégias de pesquisa que combinam a etnografia com a fenomenologia, tais como, a presença do pesquisador, condução do campo, descrição, trajetórias individuais, estoque de conhecimentos e interpretação de significados.

Esses pontos são importantes para toda a condução do trabalho realizado desde o campo até a análise. Respectivamente, a imersão do pesquisador em campo é decisiva para descrições minuciosas, empatia e redução da distância cultural; a condução do campo prevê as atividades ao mesmo tempo em que fica aberta para imprevistos potenciais de descobertas; a identificação

cuidadosa e atenção sensível a lugares, objetos e comportamentos (interpretação de sentidos e percepções; significação da experiência retratada); principalmente história clínica, além de trajetórias profissionais; somatória dos saberes e atribuições do sentido dos participantes da pesquisa (memória, narrativa, percepções); e, finalmente, interpretar considerando-se as particularidades socioculturais onde significado e sentidos, além do modo como esses emergem (ANDRADE, 2014).

6.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi realizado segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Atendendo à Resolução nº 510/2016 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que contempla as Diretrizes e Normas – Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes foram esclarecidos quanto aos aspectos referentes à pesquisa e à produção de dados.

O presente projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o protocolo número: 4.790.559. Foram cumpridos todos os procedimentos relacionados ao TCLE.

7. RESULTADOS

7.1 Descrição dos participantes

Dos dez participantes, oito eram enlutados (designados como L1 até L8) e dois sobreviventes (designados como S1 e S2); dois participantes do sexo masculino e 8 eram mulheres. Quanto ao local de entrevista, variou desde o local de trabalho (um); consultório do pesquisador (quatro); residência (um) e entrevista remota pela plataforma *Google Meet* (quatro). A idade variou entre 30 e 74 anos. A maioria é natural de Rio Branco-AC (cinco), um natural de Manaus-AM, um de Tarauacá-AC, outro de Sena Madureira-AC, um de Ipixuna-AM e um de Terra Roxa d' Oeste-PR. Em relação à raça, oito declararam-se pardos, uma como negra e um branco. No tocante à escolaridade, seis tinham nível superior completo, sendo um com pós-graduação em nível de mestrado; dois com nível médio e dois, fundamental. No que diz respeito à religião, oito declararam-se evangélicos/cristão, um católico e uma eclética (“mística, eu respeito as religiões, não tenho nenhuma religião definida não”). Quanto ao estado civil, quatro eram divorciados, três casados/união estável, dois viúvos e um solteiro. Quando

questionados sobre as condições de moradia, todos afirmaram residir em casas de alvenaria, com a quantidade de cômodos entre três e sete, divididos de duas a cinco pessoas.

A estratificação etária que adotaremos neste trabalho segue a divisão proposta em Papalia, Olds e Feldman (2013). Nossos participantes se apresentam nos seguintes estratos: Jovem Adulto (20-40 anos): participantes L1, L2, L3; Meia-Idade (40-65 anos): L4, L5, L6, L7; Terceira-Idade (65 ou mais anos): S1, S2.

A 1. Perfil biossociodemográfico dos participantes (listados na coluna iniciada por pelo símbolo Δ).

Δ	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Religião	Estado civil	Natural	Raça	Moradia	Nº de moradores
L1	♀	39	superior	professora	evangélica	casada	Rio Branco	parda	alvenaria	4
L2	♀	38	superior	professora	evangélica	divorciada	Manaus	parda	alvenaria	5
S1	♂	72	fundamental	pecuarista	evangélico	casado	Sena Madureira	parda	alvenaria	2
L3	♀	39	superior	advogada	eclética	divorciada	Rio Branco	parda	alvenaria	2
L4	♀	54	médio	agricultora/ costureira	evangélica	divorciada	Tarauacá	parda	alvenaria	3
L5	♀	42	superior	nenhuma	evangélica	solteira	Rio Branco	parda	alvenaria	2
L6	♂	52	médio	motorista	deísta	viúvo	Terra Roxa d' Oeste	parda	alvenaria	2
S2	♀	74	fundamental	aposentada	evangélica	viúva	Ipixuna	branca	alvenaria	3
L7	♀	41	superior	professora	cristã	casada	Rio Branco	parda	alvenaria	3
L8	♀	30	superior	dentista	cristã	divorciada	Rio Branco	negra	alvenaria	3

7.2 Análise Dos Temas

A partir das transcrições das entrevistas, de acordo com a técnica da Análise Temática (AT), emergiram 3 temas principais, que compreendem: **Impacto Inicial, Consternação e O Mundo Mudou**, sendo que os dois primeiros foram subdivididos em dois subtemas, cada.

7.2.1 IMPACTO INICIAL

UM INIMIGO DESCONHECIDO

Por se tratar de vírus recém-descoberto, com poucas informações a respeito de transmissão, tratamento e altamente contagioso, grande parte da sociedade passou a ter medo. Por conta disso, uma série de cuidados preconizados pelos especialistas foram recomendados à população, e parte dos participantes afirmou ter seguido rigorosamente tais cuidados – de acordo com a Fenomenologia, pôde-se inferir das linguagens verbal e não verbal a importância, às vezes veemente, que alguns participantes denotaram (alguns, até com estrito exagero, por exemplo, fazendo gesto de como deixava o jaleco pendurado ainda no quintal com expressão facial amedrontada). Conforme observamos nos relatos abaixo:

“...quando a gente saía do trabalho aí vinha pra casa, eu trocava de roupa na varanda, deixava uma toalha lá, e ia e tomava banho em um banheiro externo, com medo de trazer a doença pra dentro de casa”;

“Cuidado por eles, né? ” (L1)

“Em relação ao trabalho é mais a questão do cuidado, do medo ainda de pegar o COVID, sei lá, acontecer algo com algum familiar” (L1)

“...vinha com a máscara, eu ia de luva, ia com álcool gel na mão, todo tempo me cuidado no máximo, né? Toda encapada mesmo, porque lá ‘tava cheio, lotado” (L4)

Observa-se, neste trecho, que o entrevistado demonstra preocupação com a saúde dos seus familiares que dividem a moradia:

“Passei 40 dias na fazenda, sem sair” (S1)

Emergiram da análise textual expressões e referências semânticas que denotam o ponto de vista de vários participantes acerca de uma pandemia que chegou ao Brasil e ao Acre. Além disso, os participantes comentam seus valores e medos por meio dos conceitos relativos a essa nova doença:

“Olha, pro meu azar, que eu trabalhava demais e atrapalhou muito os meus treinos... aí veio a Covid” (L3)

“...tinha certeza que se eu pegasse Covid eu ia morrer” (L4)

“Apreensão né? Preocupação a princípio... Mas não cheguei a imaginar que iria chegar às proporções que chegaram” (L1)

Foi possível depreender a abrangência da pandemia através de expressões sobre a amplitude de contaminados:

“...os filhos tudim pegaram, só teve um que não pegou” (S2)

“6 pegaram, e 5 morreram!” (L7)

Foi percebida a conjuntura da qual emergiram a preocupação com familiares:

“...ele (irmão do participante) era muito teimoso, aí ele começou com uma tosse, uma tosse, uma tosse e eu dizendo ‘João¹ (falando com o irmão), vai no médico!’, eu sempre orientava ele né, porque se for descoberto cedo dá pra tratar antes ‘Tu sabe que nosso corpo é debilitado, não tem como...’ ” (L2)

DES (INFORMAÇÃO)

Observou-se que alguns participantes acreditavam piamente no mito do tratamento precoce, bem como nele depositaram suas esperanças:

“... e ele (irmão do participante) ‘Não, é só uma tosse mesmo, que tu sabe que a gente tem essas tosses’ e ele falava isso né, aí um dia quando, aí eu fui numa quarta-feira deixar pra ele azitromicina e ivermectina” (L2)

Além dos equívocos de caráter político-midiáticos (negacionismo), foi percebido, através das falas, ignorância total acerca da transmissão e gravidade da Covid-19:

“Meu pai já tinha uma predisposição e ele muito bolsonarista, ele não ficava em casa, ele achava aquelas medidas de ficar em casa bobas” (L3)

¹ Nome Fictício

“Ahh eu tinha tanto medo, que eu achava que pegava que ia morrer... porque morreu muita gente, muitos conhecidos meu, pessoas próxima de mim, assim conhecido, e eu imaginava que se pegasse também eu ia morrer, né? ” (crença de que a letalidade fosse 100%) (S2)

Bastante evidente e recorrente nos participantes intensas e extensas preocupações com a saúde de familiares (às vezes transparecendo serem maiores do que consigo próprios):

“Eu fiquei muito preocupada quando chegou, porque eu tinha uma irmã com asma, um pai diabético, né? ” (L3)

“...é muito difícil a gente ter que chegar e ter algo pra falar, porque a gente tem que se proteger muito, né? Se cuidar muito. E às vezes a gente nem sabe como fazer e é difícil” (L4)

Por outro lado, houve também menções a ideias pertinentes de causas de contágio:

“Eu acredito que ela tenha sido infectada através do meu irmão, porque ele trabalha como vigilante na Fundação Hospitalar, aí tinha pacientes que chegavam lá com sintomas, mas não falavam, eram sintomas leves. ” (L5)

“Sim, quando surgiu logo em março, no dia 17 (de 2020), que foi confirmado o primeiro caso aqui eu já me afastei já dela, pra evitar né, quem tá não fala nada que tá doente né, ninguém também sabia como era o grau de infecção dessa Covid, né? ” (L5)

Quanto ao estigma, alguns participantes mostraram-se ressentidos com a discriminação de sua condição:

“...e as pessoas que eu tinha assim mais chegada, devido a doença, se afastaram tudo de mim, mesmo depois que eu fiquei boa, ninguém veio mais me visitar né, então assim... ficaram longe de mim” (S2)

“...não gosto que as pessoas saibam porque eu me sinto muito vulnerável, às vezes eu acho que as pessoas pensam que a gente, não sei, ... que é frescura, tá ficando doido, não sei, esse tipo de coisa que as pessoas pensam” (L7)

7.2.2 CONSTERNAÇÃO

“Grande tristeza; pesar profundo; contristação, dor, desolação”

Permeando praticamente todos os relatos dos participantes, denotou-se sofrimento psíquico, quer seja em relação a si próprio – pela experiência estressante ou pelas consequências advindas dessa -; ou em relação à perda de entes queridos - relacionando-se a culpa, arrependimento ou revivescências, dentre outros, do processo de perda.

A DOENÇA NO CORPO

Durante a análise das entrevistas dos participantes que sobreviveram à forma grave da Covid, vários sentimentos de pesar surgiram sobre a diminuição da capacidade física – por exemplo, não ser mais capaz de trabalhar após a Covid-19, principalmente devido a fraqueza – ; ou transpareceram queixas físicas de forma resignada ou não, como aquelas relativas a déficit de memória, prejuízo do sono, dores – ficaram evidentes os valores mais importantes para cada participante, de forma condizente com a avaliação fenomenológica –, na medida em que a pessoa atribui mais valor a uma perda do que outra, seja no curso ou pós-acometimento pela Covid-19. Além disso, ficou marcado na memória de alguns enlutados o sofrimento físico do ente querido, conforme segue:

“Tu ‘tá com uma tosse estranha, ele (o irmão do participante) disse: ‘não, ‘tô bem’. E aí sexta-feira ele se sentiu mal e ele disse: ‘tô indo lá no INTO’, que ele tinha um oxímetro em casa e ‘tava dando muito baixo e aí ele foi pro INTO ” (L1)

“... ‘tava com quatro aparelhos e a saturação dele todo tempo em 75%, abaixou pra 60%... o nariz dele, tinham tirado os tubos e ‘tava tudo melado assim sabe, então foi uma situação muito difícil” (L2)

“Foi progressiva, só progredindo” (L6)

“Dor de cabeça, dor nas pernas, cansado... (filho do participante S1) A pressão dele (do participante S1), que ele era igual menino, não tinha problema de pressão tinha nada disso, depois...” (S1)

“...muito tempo sem mexer meus pés, não podia me levantar, não tinha força, não tinha nada... quando comecei andar, meus pés dormente, doendo e aquela... dormência que dói, sabe se triscar uma coisa em cima dos pés ou nos meus dedo, eu sinto muita dor... aí fiquei, assim... como uma perna que não movimentava direito jogando pé que não

tinha tato né, eu não mexia com meus dedo do pé também, hoje eu já faço isso, mas não posso ficar muito tempo sentada porque quando me levanto só falto não poder andar...” (S1)

“...nem a colher pra levar comida pra boca eu não conseguia, eu não me mexia, era toda imóvel” (S2)

A DOENÇA NO ÂMBITO MENTAL

Além dos relatos, expressões e inferências não-verbais sobre a relação da tristeza e agravos e sequelas físicas, vários sinais e sintomas acerca do sofrimento psíquico se destacaram, quais sejam: ansiedade intensa, rebaixamento do humor, inconformismo, desmotivação para seguir em frente na vida, angústia, medo ou fobias – na fase aguda do acometimento; ou de forma crônica. Ilustra-se pelos seguintes relatos:

“...choro (relato da suspeição de contaminação pela COVID-19)” (L1)

“Eu passei 4 meses mais ou menos sem dormir e comer direito... a dormida ainda é complicada” (L1)

“... pra quem teve na família e pegou essa doença... nossa, eu só tenho sequela, muita sequela mesmo (emocionais) Fiquei com aquela ansiedade” (L4)

“Quando eu ‘tô com muita ansiedade, começa a bater forte, né? O meu coração começa a bater forte... cabeça fica zonga... Às vezes, eu sinto falta de ar. Sempre assim à noite, eu me acordo e ‘tô com aquela falta de ar... daí me acordo e... sufocante” (L4)

“Sim, todo mês a gente, todo mês eu me lembro dela, quando tá chegando o dia 26... Sim” (sinal afirmativo com a cabeça) (L5)

“Exatamente (diminuição do repertório vivencial em que se sente seguro) ... única coisa que quero lhe falar é que eu agradeço o Sr. por ter vindo na minha casa, não precisou eu ir atrás do Sr. também...” (S1)

“A vida da gente muda muito, a gente não tem alegria, né? Aquela alegria que a gente tinha, hoje a gente não tem mais... Mudou muito, mudou minha vida. Não sente mais alegria, só pensa na morte” (L4)

“Um sentimento (tristeza) tão ruim, me, me dá logo vontade de chorar, eu fiquei assim que qualquer coisa eu choro, eu choro sabe, aquela angústia, aquela tristeza né, de tudo eu choro, eu fiquei assim, uma pessoa triste” (S2)

“...sempre fui uma mulher sonhadora, batalhadora, né... e ... e depois da doença... eu assim não tenho aquele sonho que eu tinha antes, aquele, aquele desejo, aquela vontade de viver, de realizar algo na minha vida, hoje eu não tenho mais isso olha... fiquei uma pessoa mais sensível né, com tudo eu me abalo, eu me emociono com tudo né, isso aí mudou muito em mim” (desesperança, choro, fragilidade) (S2)

“... dizer pra minha mãe que a Maria² tinha morrido... (choro) acho que isso foi a pior coisa que eu tive que fazer...” (cabeça balança como sinal de afirmação; choro) (L7)

Dentre os códigos atestados via análise das entrevistas, sinais e sintomas para TEPT/ CTEPT em suas diversas nuances emergiram, como: revivescência; hipervigilância; hiperestimulação autonômica; estressor; evitação; fatores de risco para o TEPT.

Através do referencial fenomenológico, o sinal ou sintoma de TEPT/ CTEPT foi descrito e/ou vivenciado de formas diferentes ora com intensa melancolia, choro copioso e desespero; ora denotando que algo ficou lá dentro do mundo psíquico, e persistentemente volta à consciência; ora referindo um determinado período de alguns meses, a partir do estressor ante o qual teve comprometidas funções somáticas como sono; ora expressando necessidade de distanciamento mental, através de se evitar os lugares ou contextos onde a pessoa querida compartilhava a vida consigo; traumas anteriores (no caso, suicida de familiar), constituem-se em fator de risco para TEPT):

“Choro... demais! ” (em relação a pensamentos intrusivos acerca do estressor que gerou o TEPT) (L1)

“Tive que trocar toque do celular, porque assim que tocava a gente achava que era alguma notícia dele. Porque o toque do celular... Isso! (denotando revivescência)... Eu troquei o toque e amenizou, porque eu não dormia, esperando alguma notícia... quando entram no assunto é difícil de falar” (L1)

² Nome Fictício

“... sempre que eu passo em frente aquele hospital. (Chora...) (quando passa à frente do hospital; voz trêmula) ... urrum, é complicado... e a casa né? ” (evitar os lugares que remetam ao estressor inicial) (L1)

“... nesse dia no ano passado (portanto 2020) teve um dia de frio, foi vento e frio mesmo que baixou depois das 5 horas da tarde... essa imagem fica passando na minha cabeça, ele (irmão do participante) tava bem inchado... olhava assim pra mim revirando os olhos e eu disse ‘como é que tu tá?’ Ele só balançava a cabeça, eu disse ‘Mano tu tem que ser forte, a tua filha’ Tu tá me vendo?’ Ele balançava assim a cabeça (balança em sinal de afirmação) e eu disse ‘tu sabe quem eu sou?’ e ele balançava a cabeça” (assertivamente) (L2)

“ ‘Hoje eu vou visitar ele, ninguém me impede de ver ele’, beleza, deu seis horas da manhã me ligaram do hospital dizendo que ele tinha falecido... Todo o tempo (memórias intrusivas da morte)... eu paro, é tipo assim como se me desse um estalo, aí eu fico vendo, remoendo aquilo, eu já tive sensação de ouvir ele me chamando, aí às vezes eu penso que ‘tô perdendo a razão, eu fico pensando assim que ‘tô enlouquecendo, eu fico vendo ele todo tempo e é uma memória bem viva... Revivo tudo, eu sinto tudo, aquela angústia daqueles dias, fico assim remoendo, eu fico lembrando (revivescência)... me cobro, mas eu não consigo é ir no cemitério, só fui no dia do enterro e foi horrível, horrível, horrível, é o pior enterro que uma pessoa pode ter ... eu que reconheci o corpo dele, é outra imagem também que não sai da minha cabeça... É, o cemitério e a casa dele também (esquiva)... ele (ex-marido da participante) cometeu suicídio e por incrível que pareça fui eu quem encontrei ele dependurado, ele se enforcou, e nisso eu tive vários traumas né, eu tive que trabalhar muito porque eu passei um ano da minha vida sem viver, eu só dependendo do remédio, só dormia com remédio, me acordava com remédio, tinha pesadelos horríveis, aí em 2016 acalmou eu já comecei a retomar a minha vida mais normal né (relativa melhora após marido ter se suicidado), e agora com a morte do meu irmão alguns sentimentos afloraram de novo... é muito difícil, tá sendo muito difícil!” (L2)

“...na época do meu esposo eu tinha pesadelos diariamente; agora no caso do José³ (irmão do participante)... é muito difícil eu sonhar com ele, mas fica aquela imagem, quando penso que não, eu me paro vendo ele sufocando, eu vejo ele deitado lá na maca... quando ele faleceu eu fui reconhecer o corpo, ele ‘tava muito roxo sabe, a testa dele roxa” (duas perdas: suicídio do marido e irmão para Covid-19) (L2)

“...as crises de ansiedade, aí quando eu ‘tô nesse ponto eu fico muito assim, irritada, que não dá pra mim controlar, aí eu já começo a ter aquela taquicardia né, aí pra mim faltar o ar, sobe a minha pressão, aí eu fico assim, tipo assim, como se eu tivesse dando um ataque do coração mesmo” (hiperestimulação autonômica) (L2)

“Eu não dormia nessa época, até hoje, doutor, eu não ‘tô dormindo legal, até hoje ainda ‘tô com meu sono... eu fico em estado de vigiância o tempo inteiro” (hipervigilância) (L3)

“Nossa, muito. Muito, muito, muito. A família toda não esquece de jeito nenhum... Tá acontecendo como se fosse hoje... Parece que o tempo não passa... parece que continua acontecendo tudo naquele mesmo dia... não passa... o tempo não passa... muitas pessoas fala que o tempo faz esquecer, mas eu acho que não, vai fazer quase 2 anos e está tudo na memória... todo dia vem, vem na memória” (revivescência) (L4)

“... na casa dela, eu não consigo chegar lá na casa dela, não consigo, quando chego lá eu entro em pânico. Não consigo nos lugares que ela andava, eu não vou mais onde nós frequentava os lugares, não vou mais. Nem na minha mãe eu consigo andar, porque todos nós se reunia, né? (evitação) (L4)

“... desde esse tempo eu não ando nem na minha mãe. Deixei de visitar minha mãe, assim que eu lembro, faz muito, muito tempo” (evitação) (L4)

“Assustada, né, ou sentir ou se lembrar com muita frequência dessa ocasião... Muita coisa, principalmente na, eu não tenho mais coragem de entrar dentro da casa dela, onde ela morava, hoje eu não chego mais

³ Nome Fictício

nem perto da casa dela... Olha, hospital 'tô indo agora porque é o jeito" (revivescência e evitação) (L5)

"É, pra mim é, eu vejo aquelas idosas lá sentadinhas e lembro da minha mãe... Sim" (lembranças intrusivas a partir de gatilhos) (L5)

"É, vem e é doído, muitas vezes até eu choro... quando eu vejo assim, até na televisão, eu... eu me doi muito sabe, eu ainda me abalo muito" (revivescência) (S2)

Foi percebido intenso sofrimento psíquico, bem como grande variedade de sinais e sintomas pertinentes ao TEPT – tais como comprometimento de memória, sono, prejuízos ocupacionais, pesadelos relativos ao estresse, assustar-se facilmente (tendência para resposta de sobressalto), sensação da vida abreviada –, bem como as alterações na rotina de vida e o sofrimento que acompanham na vida dos sobreviventes e enlutados. Contudo, não somente sintomas e sinais intimamente ligados ao TEPT também foram vistos e relatados, como alterações do humor ou do comportamento: irritabilidade, impaciência, isolamento, diminuição do repertório vivencial, agressividade, ansiedade com hiperestimulação autonômica, rebaixamento do humor (sinais e sintomas esses que podem ser compreendidos dentro de condições psiquiátricas transdiagnósticas):

"Eu 'tô mais agoniado, não aceito abuso de ninguém...Irritado, irritado...Aah! Dr. eu me lembro de tudo que eu passei lá eu me lembro...Tocou em morte... Dr., assim, se o Sr. vem falar comigo eu recebo o Sr. no que for necessário" (S1)

"Mas sair de casa pra falar com os outro eu não gosto não... Só depois do COVID...Quando alguém me faz mal eu fico alvoroçado... aí já passa mal, a pressão sobe" (asserção do filho do participante) (S1)

"... ir pra UTI só o meu pai, ficou 1 semana e morreu e foi horrível, foi muito traumática essa fase, porque eu, eu já não 'tava muito legal, eu já vinha no meu tratamento desde outubro, peguei Covid" (L3)

"A perca é muito ruim... Me assusto... Tenho" (assentindo que tem pesadelos) (L4)

"...quando eu vou pra lá só, que eu tenho uma oficina lá que eu faço pequenos trabalhos lá, quando eu vou pra lá só eu fico muito triste, tem dia que eu choro, tem dia que bate uma tristeza" (L6)

"É mais quando eu falo da história" (em relação a revivescência) (L6)

“... se eu tiver assim, uma emoção forte depois do susto, meu coração acelera, e eu fico assim sentindo aquele tremor em todo meu corpo assim por dentro sabe, não é assim fora que eu fico tremendo eu sinto que minhas carnes, o meu ser tá tudo tremendo...com tudo eu me assusto... passar a noite todinha Dr. Acordada” (hiperestimulação autonômica) (S2)

“...me irrita também muito fácil... me relaciono mais só com a família mesmo” (alteração do comportamento tardia, por conta do TEPT) (S2)

“... quando eu parei né... e respirei... eu ‘tava emocionalmente destruída... vi que eu não conseguia... fazer as coisas, e eu ia da aula e esquecia, comecei a esquecer das coisas... perceber erros muito grandes né, os alunos perceberam né, erros muito grandes... de eu não saber... não conseguir dormir de ouvir... ouvir ela chorando, ouvir me chamando de noite e era muito claro, meu Deus! E eu abria assim o olho eu pensava que era ela que ‘tava lá, né? Me chamando e chorando, né...” (L7)

7.2.3. O MUNDO MUDOU

Nos discursos obtidos nas entrevistas, foram vistas outras consequências (financeira, frustração ou desgaste), quando relatam seus prováveis prejuízos caso adoecessem pela doença no seu trabalho, nos planos interrompidos e tarefas árduas a serem empreendidas:

“...era muita pressão, muito preocupante... que me segurou no meu emprego” (sobre a época que a Covid-19 chegou em Rio Branco e estava trabalhando em um laboratório; as patologias continuaram a existir durante a pandemia) (L1)

“...algo que me deu uma segurança maior de continuar no trabalho, mas foi muito apreensivo” (apenas ela ficou sem tirar férias) (L1)

“... medo de ficar desempregada” (L2)

“... eu fiquei muito frustrada” (fronteira fechou, impossibilitando viagem para competir maratona no Peru) (L3)

“... eu tive que parar o trabalho... todo dia você tem que explicar, que as pessoas ficam preocupadas né? ” (enquanto motorista, porque tinha que acompanhar a internação da esposa que faleceu) (L6)

“... resolver toda a vida dos filhos dela (da irmã da participante), eu tenho a guarda do pequeno” (L7)

“... eu não podia simplesmente fechar a agenda e esquecer, além disso tinha gastos também, meu pai não estava trabalhando, e eu precisava de dinheiro” (L8)

Observou-se, apesar de tudo, participantes falando aspectos positivos mesmo na experiência estressante que vivenciaram, caracterizando aprendizagens adaptativas, através de enxergar o mundo de uma forma mais altruísta:

“A gente se importa mais, querendo ou não a gente vê de outra forma o que realmente importa, valoriza mais, não que não valorizasse antes, mas...” (ampliação da visão de mundo e dos valores) (L1)

“... deixou, muita assim, lição sobre você aproveitar mais os momentos que você tem, os familiares” (L6)

“... busco ser uma pessoa melhor, fazer o bem para todo mundo que eu possa fazer e sem nunca ficar com raiva de ninguém... queria que muitas pessoas pudessem se curar da depressão, porque ela dói, e ela dói muito! E que mais pessoas fossem mais empáticas” (compaixão) (L7)

Dentre as repercussões negativas da vivência do estresse, algumas denotaram arrependimento e/ou culpa:

“...eu fiquei sabe com aquela mágoa, aquela coisa de ‘Porque não foi eu? Porque foi ela?’, porque ela era a mãezona de todo mundo né, que sempre os meninos estavam por lá, e a gente fica se questionando né, a pessoa que morreu era aquela que merecia ter ficado, aí tem tudo isso aí teu psicológico fica abalado e...” (L6)

“Como eu queria ter dito pra ela que eu amava muito ela, só que eu pensava que ela ia sair do hospital” (L7)

“... fala e acaba não fazendo... então é amar mais, dizer mais, cuidar mais, demonstrar mais; por exemplo se ele tivesse vivo, com certeza eu tentaria me aproximar mais, já passando essa experiência de perder,

se tivesse outra oportunidade, pudesse voltar, eu ficaria com certeza muito mais próxima dele” (L8)

“... remorso, porque por muito tempo que eu puder ter mais contato com ele, conviver... na prática não é assim a gente não diz, não faz, a gente quer deixar pra dizer na última hora” (L8)

Outra observação foi por relatos que denotam indignação, alterações externalizantes do comportamento e consequências mal-adaptativas, incluindo isolamento social no período contemporâneo à entrevista:

“... agora eu choro, mas escondida... É sempre um dia após o outro. Todos os dias as emoções são intensas, às vezes mais fracas” (L1)

“Tem sido difícil, é difícil às vezes levantar de manhã, é difícil, é difícil, porque tem todo aquele, assim, como eu lhe falei né, na época que meu esposo faleceu eu adquiri depressão, eu adquiri síndrome do pânico e insônia” (L2)

“... não gosto de ‘tá em muvuca, em movimento... isso eu mudei também, isso era algo que eu fazia muito... até mesmo dos meus irmãos eu me afastei um pouco... me relaciono mais só com a família mesmo” (L3)

“Até o grupo da família acabou depois que ela foi. Nós tinha um grupo muito animado, agora a família acabou...foi muito difícil, assim eu... ela era tudo na família, era tudo na família, fazia tudo... depois ficou algo diferente” (nova forma de se relacionar com familiares) (L4)

“Fica triste, né? Afinal de conta... até meus filhos ficaram com problemas depois da Covid... A minha filha sente falta de ar, dor no pulmão, até hoje ela entrou em depressão, ‘tá depressiva... Eu sinto algo, né? Eu fico nervosa...” (outros familiares com alterações psíquicas) (L4)

“...hoje eu ainda ando... aí fiquei, assim... como uma perna que não movimentava direito jogando pé que não tinha tato... não posso ficar muito tempo sentada... ‘tá voltando assim aos poucos” (a memória) (S2)

“... fiquei assim, muito mal... porque eu que tive que levar atestado de óbito pra secretária dela, dá baixa no emprego dela... foi, eu tive que...

e no banco encerrar as contas né (alteração até o presente por conta dos trâmites funerários) ... minha luta hoje é ficar bem emocionalmente, mas tem sido difícil” (pesar) (L7)

“Não consigo apagar o número dela no meu celular, o celular dela é guardado comigo... olhar as redes sociais dela que eu também não olhei nada e isso tem me trazido muitas lembranças dolorosas” (L7)

Como já amplamente discutido nos meios de comunicação e faz parte do senso comum, também emergiram questões relacionadas à impossibilidade de ritos fúnebres, que tipicamente estão envolvidos na elaboração da resposta ao luto. Como foi observado na fala que parece ser evento psicótico relacionado à negação da morte do ente querido:

“Não pode velar né, ele morreu 06 (seis) horas da manhã no Santa Juliana, aí quando deu 02 (duas) horas (da tarde) chegou o carro, nós fizemos o cortejo e quando chegou no cemitério” (L2)

“... minha mãe não pôde nem chegar perto do caixão, quando eles viram a minha mãe descendo eles já enterraram o meu irmão, em cinco minutos, já colocaram a grama e tudo, ninguém pôde nem chegar perto dele, minha mãe não ‘tava acreditando, passou por um estado de negação, dizia pra mim ‘Vai lá no Santa Juliana, Hortência⁴, eles estão escondendo o meu filho, não tá morto, eles estão escondendo o meu filho...aquele que colocaram lá dentro daquele buraco não era ele” (L2)

“Foi muito ruim, eu não consegui ver mais ela, não vi mais ela, só vi ela no dia que ela internou e não consegui mais ver, nem falar nada mais.... muito ruim. Na hora do enterro a gente não viu nada, nada, nada... No velório, teve nada” (L4)

“...essa parte do enterro também foi muito ruim, porque só podia ver de longe né, a gente só podia acompanhar de longe e depois a despedida mesmo não teve, a gente não pôde fazer um velório” (L6)

“...sem ninguém no velório” (L7)

⁴ Nome Fictício

Sobre o desenvolvimento das aptidões e estratégias para *coping with* (enfrentamento), observaram-se possibilidades elaboradas pelo próprio participante (resignação, estoicismo); sugeridas por seus pares; ou mesmo advinda de ajuda especializada (profissionais de saúde):

“...ele (marido da participante) chegou pra mim e falou: olha, tu tá ansiosa, tu tá com ansiedade, tem que trabalhar isso, prestar atenção com o que está acontecendo contigo, foi quando eu parei e fui ver que eu não estava bem e fui trabalhando isso na minha mente pra ficar melhor, eu chorava muito” (L1)

“...engulo a minha tristeza, coloco ela assim bem trancada no peito e vou lá, porque eu não posso abandonar elas duas” (cunhada que ficou viúva e sobrinha que ficou órfã de pai) (L2)

“...tem hora que tomo remédio para me acalmar” (L4)

“Depois que aconteceu isso. Eu fui na doutora e contei o que eu ‘tava sentindo, que não ‘tava legal, que não ‘tava bem, que ‘tava assim com a cabeça perturbada, eu achei que não ‘tava legal e tinha hora que eu saia assim do ar, perturbada minha cabeça, e aí ela foi e passou e eu melhorei, com essa amitrilina...” (L4)

“...muito ocupada com o meu trabalho pra esquecer um pouco as minhas dores... Procuro ser forte, seguir direitinho sem mágoas, sem choro, sem nada...” (L5)

“Isso, a vontade da gente é não deixar ir, né, mas nunca Deus deixará a gente fazer a nossa vontade, tem que seguir a dele né?” (L5)

“Você começa a não dormir direito, você precisa de remédio às vezes pra dormir... é melhor encarar essa dor logo mesmo... tendo alguém né, você se distrai começa a conversar, você disfarça muito as suas emoções... a gente tem que dar a volta por cima” (L6)

“... acho que você muda, o que você fez, você não faria mais, muda muito, demais, você passa a sei lá, ser mais cauteloso, aproveitar mais os momentos com a família, a amar mais quem ‘tá do seu lado, porque muda né você, ela (ex-mulher) era uma pessoa muito querida né, muda muito isso, é até difícil falar... tem dia que você tá mais triste, mas você supera, o tempo passa e você supera... faz parte da vida é o ciclo da vida e a gente não pode deixar de viver porque isso aconteceu (menção indireta a provável constrangimento de por já estar residindo com

outra mulher), não pedindo pra ninguém esquecer, mas a pessoa compreender a conviver com isso, não ficar deprimido não, muita gente pensa até em se matar, não vai ajudar em nada, vai deixar outros familiares piores, e tentar recuperar a sua vida e tocar em frente... é isso que eu tenho a dizer” (L6)

“...agora já estou costurando de pouquinho, fiz cirurgia na minha vista e agora já enxergo bem aí... a gente se sente bem quando desabafa, quando alguma coisa que ‘tá preso, bota fora” (S2)

“...prefiro pensar nas crianças (3 sobrinhos que já não tinha pai e perderam a mãe para Covid-19) que ficaram, porque eles precisam muito de mim, minha mãe também precisa muito de mim, eu tento pensar e ficar bem, pra cuidar do futuro deles... preciso ficar bem pra poder cuidar deles... uma certeza é a morte. Tento colocar isso na cabeça, pra que eu aceite, todo mundo um dia vai e todo mundo são as pessoas que a gente ama muito ” (L7)

“...se ele (pai da participante) tivesse sobrevivido ele ficaria com muitas sequelas... já poderia ter um comprometimento cerebral e isso poderia gerar sequelas posteriores... Sabendo da vida que meu pai levava, a forma que ele levava, se ele sobrevivesse com sequelas, tenho certeza que ele preferiria morrer” (L8)

Notou-se certa noção cultural de fatalidade diante de alguns relatos, algo como se os eventos adversos da vida não pudessem ser modificados:

“Quando eu ‘tava no hospital que eu vi dois de um lado e dois do outro morrerem aí eu pensei, agora eu vou...” (S1)

“Nessa época, foi desesperador, porque já ‘tava, acho, que na segunda onda, os hospitais não tinham vagas pra atender, né, todo mundo, nosso pai quando entrou no INTO, ele já foi em estado gravíssimo, nem tinha UTI, era sinônimo de morte” (L3)

“...eu achava e inclusive até comentava com ela (mulher do participante que foi a óbito pela Covid-19) que se a gente pegasse a gente não ia conseguir sobreviver, ‘oh se a gente pegar a gente não consegue’ e ela dizia ‘eu principalmente, que a minha saúde e ninguém

não sabe nada dessa doença, possa ser que a gente sobreviva e pode ser que a gente morra, então a gente vamos ter que ter cuidado' ” (L6)

“... mudou assim a percepção que eu tinha da vida, que a gente ‘tá aqui e a qualquer momento pode não estar né, e às vezes não dá importância assim pra uma doença e de repente ela vem e você não sabe como você vai reagir a aquela doença” (L6)

“...tinha tanto medo, que eu achava que pegava que ia morrer... porque morreu muita gente, muitos conhecidos meu, pessoas próximas de mim assim conhecido e eu imaginava que se pegasse também eu ia morrer, né? ” (S2)

Considerando que o TEPT é reação tardia ou protraída ao estressor e que, em parte significativa dos casos sua sintomatologia, torna-se crônica, optou-se por situar as expressões que remetem a esse quadro clínico também no terceiro tema, conforme ilustram inúmeros extratos, nos quais constam comemorativos pertinentes ao universo do TEPT – como sensação de futuro abreviado, alteração da memória, isolamento, pesadelos, mudança no jeito de ser, psicose.

“ (choro...) (quando questionada sobre seus sentimentos quando suspeitou da contaminação do irmão pelo vírus)... (Choro)... demais! (frequência com que se lembra do período)... Tive que trocar toque do celular, porque assim que tocava a gente achava que era alguma notícia dele. Porque o toque do celular... Eu troquei o toque e amenizou, porque eu não dormia, esperando alguma notícia” (L1)

“Eu passei 4 meses mais ou menos sem dormir e comer direito... a dormida ainda é complicada... quando entram no assunto é difícil de falar... sempre que eu passo em frente aquele hospital (choro) ... (Voz trêmula) ... urrum, é complicado... e a casa né? (gatilho para relembrar o estressor) (L1)

“... nesse dia teve um dia de frio, vento e frio mesmo que baixou depois das cinco horas da tarde (memória nítida do dia em que o irmão foi levado de casa pela ambulância)...essa imagem fica passando na minha cabeça, ele ‘tava bem inchado...(irmão do participante) olhava assim pra mim, olhava revirando os olhos e eu disse ‘como é que tu tá? ’... ele só balançava a cabeça, eu disse ‘Mano tu tem que ser forte, a tua

filha' ... balançava assim a cabeça (balançando em sinal de afirmação) eu disse 'tu sabe quem eu sou?' ... no outro dia minha mãe disse assim 'Hoje eu vou visitar ele, ninguém me impede de ver ele' ... deu seis horas da manhã ligaram do hospital dizendo que ele tinha falecido... Todo o tempo (rememorando)... eu paro, é tipo assim como se me desse um estalo, fico vendo, remoendo aquilo, já tive sensação de ouvir ele me chamando, aí às vezes eu penso que 'tô perdendo a razão... fico pensando assim que 'tô enlouquecendo, que eu fico vendo ele todo tempo e é uma memória bem viva... É, sofro (ao lembrar a situação)... Revivo tudo, eu sinto tudo, aquela angústia daqueles dias, fico assim remoendo, eu fico lembrando" (L2)

"...me cobro, mas eu não consigo é ir no cemitério, só fui no dia do enterro e foi horrível, horrível, horrível, é o pior enterro que uma pessoa pode ter (evitação)... eu reconheci o corpo, é outra imagem também que não sai da minha cabeça... o cemitério e a casa dele também" (lugares difíceis de visitar)... Na casa dele eu (só) vou por causa da minha sobrinha e da minha cunhada... Às vezes, com ele (irmão falecido pela Covid-19) eu tenho pesadelo menos, mas fica aquela imagem, quando penso que não eu me paro vendo ele sufocando, eu vejo ele deitado lá na maca, porque quando ele faleceu 'tava muito roxo sabe, a testa dele roxa... as crises de ansiedade, aí quando eu 'tô nesse ponto eu fico muito assim irritada, que não dá pra mim controlar, aí eu já começo a ter aquela taquicardia né, aí pra mim falta o ar, sobe minha pressão, como se eu tivesse dando um ataque do coração mesmo" (hiperestimulação autonômica) (L2)

"Era pecuarista! Agora só quem cuida é meus meninos, minhas vacas eu dei tudo pra eles de renda porque não tenho mais força pra trabalhar... Aah! Dr. eu me lembro de tudo que eu passei lá eu me lembro" (na UTI; revivescência)... Tocou em morte" (o faz chorar)... Mas sair de casa pra falar com os outro eu não gosto não... Exatamente" (sem iniciativa de socialização) (S1)

"Só depois do COVID (sintomas de ansiedade) quando alguém me faz mal eu fico alvoroçado... Exatamente" (confirma só ir a lugares conhecidos onde se sinta seguro) (S1)

“Eu não dormia nessa época, até hoje, doutor, eu não ‘tô dormindo legal, até hoje ainda ‘tô com meu sono... eu fico em estado de vigiância o tempo inteiro” (hipervigilância) (L3)

“...porque lá na casa dos meus pais moravam 4 irmãos, né? Então era uma casa que vivia aglomerada. Essa questão da Covid lá...” (mudança na dinâmica familiar) (L3)

“Nossa, muito. Muito, muito, muito. A família toda não esquece de jeito nenhum... ‘Tá acontecendo como se fosse hoje... A perda é muito ruim... Parece que o tempo não passa... parece que continua acontecendo tudo naquele mesmo dia... não passa... o tempo não passa... muitas pessoas fala que o tempo faz esquecer, mas eu acho que não, vai fazer quase 2 anos e está tudo na memória... todo dia vem, vem na memória” (revivescência) (L4)

“... na casa dela (irmã falecida pela Covid-19), eu não consigo chegar, não consigo, quando chego lá eu entro em pânico. Não consigo nos lugares que ela andava, eu não vou mais onde nós frequentava, não vou mais. Nem na minha mãe eu consigo andar, porque todos nós se reunia, né?... desde esse tempo eu não ando nem na minha mãe, faz muito, muito tempo (evitação)... Fiquei com aquela ansiedade... Quando ‘tô com muita ansiedade, começa a bater forte, né?... coração começa a bater forte, forte... cabeça fica zozza... sinto falta de ar... à noite, eu me acordo e ‘tô com aquela falta de ar... daí me acordo e... sufocante... Me assusto” (facilmente) (hiperestimulação autonômica) (L4)

“Tenho (interrogada sobre pesadelos)... A vida da gente muda muito, a gente não tem alegria, né? Aquela alegria que a gente tinha, hoje a gente não tem mais... Mudou muito, mudou minha vida. Não sente mais alegria, só pensa na morte” (L4)

“Muita coisa, principalmente na, eu não tenho mais coragem de entrar dentro da casa dela, onde ela morava, hoje eu não chego mais nem perto da casa dela... Olha, hospital ‘tô indo agora porque é o jeito” (evitação) É, pra mim é, eu vejo aquelas idosas lá sentadinhas e lembro da minha mãe” (L5)

“... quando eu vou pra lá (casa) só, que eu tenho uma oficina lá que eu faço pequenos trabalhos lá, quando eu vou pra lá só eu fico muito triste, tem dia que eu choro, tem dia que bate uma tristeza” (L6)

“... sentimento tão ruim, me, me dá logo vontade de chorar, fiquei assim que qualquer coisa eu choro, aquela angústia, aquela tristeza né, de tudo eu choro, eu fiquei assim, uma pessoa triste... É, vem (lembranças) e é doído, muitas vezes até eu choro... Eu não gosto não, assim de... de ir lá, quando eu vejo assim, até na televisão, eu... eu me doi muito sabe, eu ainda me abalo muito (evitação)... depois da doença... eu assim não tenho aquele sonho que eu tinha antes, aquele desejo, vontade de viver, de realizar algo na minha vida, hoje eu não tenho mais” (sensação de futuro abreviado) (S2)

“... se eu tiver uma emoção forte depois do susto, meu coração acelera, e eu fico assim sentindo aquele tremor em todo meu corpo assim por dentro, não é assim fora que eu fico tremendo eu sinto que minhas carnes, o meu ser ‘tá tudo tremendo... com tudo eu me assusto... ter noite de eu passar a noite todinha, acordada... fiquei uma pessoa mais sensível né, com tudo eu me abalo, eu me emociono, isso aí mudou muito em mim... (hiperestimulação autonômica) ... me irrita também muito fácil” (S2)

“... eu tive que resolver todas as coisas dela (irmã falecida pela Covid-19) ‘tava na adrenalina resolvendo tudo, que eram muitas coisas né... quando eu parei... e respirei, foi que eu ‘tava emocionalmente destruída... nas aulas online eu vi que eu não conseguia fazer as coisas, e eu ia dar aula e esquecia, comecei a perceber erros muito grandes... os alunos perceberam erros muito grandes... de eu esquecer das coisas, de eu não saber, de esquecer...” (prejuízo da memória) (L7)

“... não conseguir dormir, de ouvir ela chorando, ouvir me chamando de noite e era muito claro, muito claro, meu Deus! E eu abria assim o olho, eu pensava que era ela que ‘tava lá, né? Me chamando e chorando (revivescência)... tive que dizer pra minha mãe que a Gumercinda⁵ (irmã) tinha morrido... (choro) foi a pior coisa que eu tive

⁵ Nome Fictício

que fazer... Os domingos são os que a gente sempre almoçava juntas, né, sempre, sempre, e... são os dias mais tristes... o dia que ela sempre mandava mensagem né, 'o que vai ser o almoço'... prefiro me isolar, eu gosto de ficar sozinha porque não quero pensar, mas sei que minha mãe sente falta de mim... às vezes não vou pra lá porque fico vendo a tristeza nos olhos dela e isso me destrói... sinto falta da minha irmã... de receber das mensagens dela” (mudança na dinâmica familiar, saudades) (L7)

“... tremores e... essa taquicardia, de repente começo a chorar assim do nada, isso tem acontecido no trabalho também, né, eu tento esconder, mas às vezes é difícil, né, esconder... não consigo lidar com a morte da minha irmã, não consegui superar isso” (hiperestimulação autonômica, sensação de ter parado no tempo) (L7)

“... ele (pai falecido pela Covid-19) estava muito nervoso, bem apreensivo, aquele olhar a gente nunca vai esquecer” (L8).

8. DISCUSSÃO

Considerando os resultados apresentados no estudo, foi possível identificar as repercussões na saúde mental, em suas várias nuances, nos referidos participantes sobreviventes e enlutados.

As falas, expressões verbais e faciais, entonações de voz, gestos, gírias regionais, pausas, interrupções, pararrespostas ou respostas tangenciais, conteúdo subliminares, encadeamento de ideias e valores subjetivos denotados foram minuciosa e extensivamente considerados sob o enfoque da Fenomenologia. Procurou-se avaliar os relatos buscando-se o ideal da forma como a vivência como cada respectivo estresse apresentou-se para cada participante, além da própria definição desse – que é descoberto na meditação em que os relatos sobre os estresses vivenciado tornam-se inteligíveis. A título de exemplos, o participante designado com L6, demonstra sua intencionalidade - justificando-se por ter, em poucos meses, arrumado nova companheira “...faz parte da vida é o ciclo e a gente não pode deixar de viver... não pedindo pra ninguém esquecer, mas a pessoa compreender a conviver, ficar deprimido não, muita gente pensa se matar, não é legal, não vai ajudar em nada, vai deixar familiares piores, com mais dor, e tentar recuperar a vida e tocar em frente” (SOKOLOWSKI, 2020). Igualmente, procurou-se atingir a “ciência da consciência”, ou seja, a forma como cada participante se relaciona com o

objeto (estresse advinda da perda ou do sofrimento enquanto doente, pela COVID-19), dentro de sua própria lógica e certeza do objeto, na sua relação com este (HEGEL, 2014). Finalmente, procurando-se ser o mais fidedigno possível às idiossincrasias culturais (etnográficas) de cada participante, respeitou-se seus valores e crenças; e suas relações intersubjetivas (mormente com familiares). Além disso, todas as entrevistas foram feitas pelo pesquisador, muitas das quais no contexto pessoal do participante, interpretando-se os significados e sentidos para cada participante; não se olvidou de se considerar imersão do pesquisador em campo; posicionamento empático, condução procurando-se aproveitar imprevistos para descobertas e a identificação e atenção a lugares, objetos e comportamentos (ANDRADE, 2014).

O objetivo principal do estudo consistiu em identificar as repercussões psiquiátricas, enfatizando o TEPT, em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2, como também em familiares durante o processo de adoecimento e luto. Os extratos mais descritivos, contundentes e recorrentes apareceram justamente relacionados ao diagnóstico enfatizado.

Foram encontrados resultados semelhantes em outras pesquisas mostrando convergência de achados entre metodologias quantitativas, mistas e a abordagem qualitativa adotada no presente trabalho.

Uma primeira dessas convergências fica evidente na abordagem quando comparada com o trabalho de Forte et al., (2020), que buscou, mediante análise fatorial confirmatória, validar questionário específico para rastreio de prevalência de sintomatologia TEPT Covid-específica, e identificou sete dimensões nas respostas de sua amostra que corroboram a hipótese de que tal evento foi estressor traumático efetivo capaz de evocar quadros clínicos que preenchem os principais critérios diagnósticos para TEPT. As dimensões que mostraram propriedades psicométricas adequadas em seu instrumento (o *PTSD-19-Questionnaire*) foram: intrusão, evitação, afeto negativo, anedonia, ativação disfórica, ativação ansiosa e comportamento externalizante. No presente trabalho, foram contempladas noções ou ideias congêneres a tais dimensões, assim como vistos nos temas Consternação (subtema ‘A Doença no Âmbito Mental’) e O Mundo Mudou. A presente pesquisa (qualitativa) encontrou maior núcleos temáticos, o que se espera de pesquisas dessa natureza, dada a amplitude de conteúdo e das formas idiossincráticas que os participantes têm de expressá-los.

O trabalho de HAO et al. (2020), mostrou, dentre outras coisas, que escores de estresse, ansiedade, depressão e insônia tenderam a se apresentar correlativamente maiores em pacientes mais tarde afetados por comorbidades físicas, como por exemplo a Hipertensão Arterial Sistêmica, mostrando possível nexos imunomediado entre a infecção, a vivência do estressor e o surgimento de condições físicas tardias. Neste presente trabalho, embora haja apenas dois

sobreviventes, pôde ser observado, no relato descritos de S1, no tema Consternação (subtema ‘A Doença no Corpo’), tal nexos (HAS).

Xiao, Luo e Xiao, (2020), observaram no seu estudo que os sobreviventes da infecção por SARS-CoV-2 apresentaram maior risco para desenvolvimento de sintomatologia TEPT. Nos resultados do presente estudo, ambos participantes sobreviventes (S1 e S2) confirmam essa tendência. Ver a este respeito os temas Consternação, subtema ‘A Doença no Âmbito Mental’ e no tema O Mundo Mudou, no parágrafo relativo ao TEPT. Os dois referidos participantes coincidentemente pertencem ao grupo da Terceira Idade, conforme a TABELA 1, previamente apresentada.

Quando são cruzados os indicadores de Repercussão Psiquiátrica com os estratos etários contemplados no presente trabalho, foram considerados os resultados de investigação relatados por Nwachukwu et al., (2020), que utilizou medidas de três instrumentos: a Perceived Stress Scale (PSS), orientada para dimensionar sintomas de estresse; a Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7), para rastreio de sintomas ansiosos; e a Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), capaz de indicar sintomas depressivos dentre outros. Nessa investigação, indivíduos maiores de 60 anos pontuaram significativamente menor que os participantes de estratos mais novos nas três repercussões psiquiátricas consideradas. Em nosso trabalho, contudo, quando observamos os extratos presentes na seção 7.3.2. ‘A Doença no Âmbito Mental’, especialmente aqueles ligados a repercussões não-especificamente características do TEPT ou do CTEP, notamos presença não desprezível dos participantes da Terceira Idade. Uma característica a observar é que os atos de fala desses participantes são menos extensos e nuançados que aqueles apresentados pelos participantes mais jovens. Os participantes mais lacônicos são também os sobreviventes.

A irritabilidade, como também a expressão de atos de fala hostis (agressividade verbal), são aspectos que podem ser percebidos como comportamentos externalizantes, isto é, aqueles orientadas para promover mudanças no ambiente ou nas contingências de eventos que influenciam a apresentação e a potenciação do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Ante condições estressoras, sabemos que podem se estabelecer mudanças importantes na produção de serotonina e outras monoaminas (COWEN, 2016). Sob estresse, há evidências de que indivíduos do sexo masculino tendem a exibir um repertório de coping que pode variar entre assertivo e combativo (fight-or-flight), o que pode culminar com o estabelecimento de conflitos ou de episódios de hostilização, ao passo que os indivíduos do sexo feminino parecem enfrentar estressores sob uma perspectiva do tend-and-befriend (TAYLOR, 2006) que prima pelo estabelecimento de acordos e busca de suporte na interação social e, num extremo, numa

adaptação autoplástica, isto é, focada na mudança da atividade psíquica e do comportamento do próprio indivíduo, caracterizando um perfil internalizante, evidente nos indivíduos que expressam quadros CTEP. Em contraposição a isto temos padrões de adaptação aloplástica, que enfoca a busca de mudanças ambientais (padrão em que o indivíduo exige segundo a máxima “o mundo que mude”). Nos participantes do presente estudo, não parece haver assimetrias robustas e/ou marcantes no que concerne ao gênero. Um trabalho de Galasso e col., (2020), que analisou diferenças de gêneros em uma amostra de 21.649 participantes de oito países quanto a diferenças de atitudes e comportamentos ante a Covid-19, concluiu que as mulheres tenderam mais a adotar e observar como importantes as medidas restritivas preconizadas pelas autoridades sanitárias.

Ainda, sob a perspectiva da teoria do estresse, a plasticidade adaptativa a estressores traumáticos tipicamente interage com o nível de suporte social imediato que um indivíduo possa ter. Neste sentido, a condição do estado civil emerge como potencial indicadora de parte deste suporte. Em nosso trabalho, consideramos perspectivas advindas de quatro grupos principais quanto ao estado civil. Investigação realizada por Lawal e col., (2022), utilizaram o 12-GHQ, instrumento cujas dimensões fatoriais permitiu-lhes analisar de três parâmetros: níveis de *coping* bem-sucedido, estresse e sinais de baixa autoestima. Ressalta-se que estes são importantes fatores na resiliência a estressores com magnitude de impacto psicossocial semelhantes ao da Covid-19. Os autores concluíram que o estado civil afetara direta e interativamente tais medidas de saúde mental dos seus participantes no contexto pandêmico. Mulheres casadas, homens solteiros empregados tiveram melhores escores e enquanto solteiros autônomos registraram maior estresse. Em nosso estudo concebemos que os participantes casados (L1, L7 e S1) apresentam sugestivas de menor externalização de desamparo, quando comparamos com os demais participantes, cujo status marital varia entre divorciado, solteiro e viúvo.

De modo análogo, ainda na perspectiva da disponibilidade de suporte social imediato, o número de residentes no domicílio de cada participante converte-se numa variável de interesse. Em contraponto, esse fator também repercute no incremento do número de contatos possivelmente infectados e desta maneira na preocupação com familiares. Entre nossos participantes, essa preocupação com familiares que convivem consigo, ou se reúnem regularmente, no sentido de não serem contaminados pela COVID-19 foi expressa de diversas formas e abundantemente em múltiplos extratos. O mesmo estudo acima citado, de Galasso e col., (2020), considera que comportamentos e atitudes ante os impactos da COVID-19 tendiam

a ser mais moderados nos participantes que dispunham de maior número de coabitantes domiciliares.

Conforme Dalgarrondo, (2007), as crenças e o sentimento religioso refletem aspecto fundamental tipicamente humano que atua como transfundo muito importante para a abordagem de temas existenciais típicos como finitude, morte, destino, fatalidade, a dimensão do sagrado, sofrimento, a alteridade, o contraponto entre determinismo e livre-arbítrio - como na tomada de decisão sobre dilemas bioéticos vários (negacionismo contrário à ciência; culpa e responsabilidade), conflitos axiológicos e intergrupais envolvendo identidade. Todos esses elementos estiveram vivamente presentes no contexto da pandemia e emergiram no discurso, bem como na expressão vivencial e comunicacional dos participantes. Salientamos o conceito de fatalidade, no qual alguns participantes relataram a convicção interna de que o destino já está traçado (e, portanto, o dia da morte de cada pessoa); e a temática do arrependimento e da culpa nas quais, inversamente, outros participantes relataram que deveriam ter expressado mais afeto para com os que foram a óbito ou que deveriam ter se resguardado mais contra a contaminação pela COVID-19, pois poderiam ter uma parcela de culpa na morte, conforme pudemos destacar em diferentes extratos que obtivemos. Um trabalho de Rigoli, (2021), evidenciou uma interação entre ansiedade ligada a estressores pandêmicos e um incremento das convicções religiosas em indivíduos previamente desse perfil. A mesma ansiedade tinha efeito oposto nos indivíduos previamente céticos quanto a significados religiosos, espirituais ou místicos dos eventos da pandemia. Complementarmente, Derosssett, Lavoie e Brooks, (2021), examinando os efeitos do coping religioso, concluem que quando este era positivo, a ansiedade era mais branda do que quando se tratava de coping religioso negativo, como no fenômeno em que os eventos estressantes fazem um indivíduo vitimado perder suas expectativas de suporte em conceitos, valores e orientações religiosas. Este tipo de processo tem sido relatado na literatura como “losing my religion”, conforme Hui, (2018). Nos nossos participantes não tivemos evidências sugestivas de extratos ou atos de fala que denotem coping religioso negativo.

Acreditamos que também atingimos os objetivos secundários.

No tocante a *identificar as experiências mentais vivenciadas durante o processo de adoecimento e luto*, identificamos uma ampla variedade, com mais frequência: aprendizagem em relação aos valores da vida; culpa para com familiares que poderiam ter se isolado mais; arrependimento em relação a não ter compartilhado mais tempo com familiares; apreensão na fase de adoecimento; indignação, principalmente com o sistema de saúde, no período de internação; medo desde o início da Covid-19 no Acre até o presente (também durante a própria

internação, nos sobreviventes), em alguns casos; desamparo mormente quando não havia notícias do ente querido internado ou quando da notícia do óbito – encontradas na sessão dos temas Impacto Inicial e Consternação/ subtema Doença no âmbito Mental. Tal objetivo foi contemplado na medida em que compusemos a relação dos extratos a partir de ideias exteriorizadas, conforme a perspectiva fenomenológica.

Quanto a *descrever as alterações mais frequentes na saúde mental em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2 e familiares*, obtivemos amplamente amostras de tais vivências conforme elencado no tópico 7.2.2, quando abordamos o subtema A Doença no Âmbito Mental.

Já a determinação das repercussões psiquiátricas, com ênfase no TEPT, nos pacientes e familiares acometidos pela SARS-CoV-2, optamos por dispô-las em dois temas, a saber: Consternação/A Doença no Âmbito Mental e no tema O Mundo Mudou.

Quanto ao conhecimento das estratégias de enfrentamento (coping) adotadas pelos pacientes e familiares, essas surgiram espontânea e extensamente a partir de vários participantes, estando agrupadas sobretudo no quarto parágrafo do tema O Mundo Mudou, item 7.3.3.

Por último e não menos importante, as formas de ver, descrever e interpretar as transcrições das entrevistas foram realizadas em conformidade com a perspectiva fenomenológica, buscando-se sempre a intencionalidade conforme apresentada por cada participante.

Assim, cremos ter contemplado o objetivo geral, que consistiu em identificar as repercussões psiquiátricas, com ênfase no TEPT, em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2 e familiares durante o processo de adoecimento e luto.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações coletadas foram utilizadas única e exclusivamente para os fins previstos no Projeto de Pesquisa, os quais são apresentados no Relatório de Pesquisa com seus resultados. Esses resultados serão publicados em meios de comunicação científica, tais como eventos científicos, livro e/ou revista acadêmica, sempre resguardando os aspectos éticos e legais. Sabe-se que um estudo qualitativo relacionando a Covid-19 com sequelas psiquiátricas não existe até o presente no Brasil, o que ao mesmo tempo valoriza o presente estudo e indica que há necessidade de outros estudos dessa natureza para comprovação dos resultados.

Podemos afirmar que os resultados até surpreenderam no que diz respeito à grande variedade e intensidade de relatos que remetem ao TEPT e a patologias psiquiátricas diversas – escopo desse estudo.

Em relação aos atos de fala dos participantes da Terceira Idade serem menos extensos e nuançados que os apresentados pelos mais jovens e que os participantes mais lacônicos são também os sobreviventes, resta investigar se tal fato modificaria o perfil de reatividade psíquica e comportamental frente ao estressor maior representado pela pandemia. Contudo, os sintomas depressivos entre a população mais velha chamam mais a atenção, o que pode ser um fenômeno característico da senilidade, embora não da senescência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-5. **Washington American Psychiatric Publishing 2013.**

ANDRADE, J. T. Etnografia de corte fenomenológico: reflexões metodológicas sobre contextos laborais em saúde. In: ALVES G.; SANTOS J.B.F.(Orgs.) **Métodos e Técnicas de Pesquisa sobre o Mundo do Trabalho.** Bauru, SP: Canal6 editora, 2014.

ATWOLI, L. et al. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. **Current Opinion in Psychiatry**, v.28, n.4, p.307-311, 2015.

BENJET, C. et al.. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. **Psychological Medicine**, v.46, n. 2, p.327-343, 2016.

BOECKMANN, L.M. et al. O uso de checklists como ferramentas de apoio na elaboração de pesquisas qualitativas. In: **I Seminário Internacional de pesquisa em Saúde - II Simpósio de Pesquisa em Enfermagem do Distrito Federal**, 2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Evaluating and reviewing TA research: A checklist for editors and reviewers.** Auckland: The University of Auckland, 2017.

BRESLAU, N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, S. N p.16–22, 2001.

BRESLAU, N.; PETERSON, E.L.; SCHULTZ, L.R. A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. **Arquivos of General Psychiatry**, v. 65, n.4, p.431-437, 2008.

CARAMANICA, K, BRACKBILL, STELLMAN, & FARFEL. Posttraumatic Stress Disorder after Hurricane Sandy among Persons Exposed to the 9/11 Disaster. **International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience**, v. 17, n.1, p.356-362. 2015.

CÉNATAN, J.M et al. A systematic review of mental health programs among populations affected by Ebola vírus disease. **J Psychosom Ressearch**. 2020;131:109966.

COWEN, PJ. Neuroendocrine and Neurochemical Processes in Depression. **Psychopathology Review**,V. A3, p. 3-15, 2016.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia & Saúde Mental.**- Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEROSSETT, T; LAVOIE, DJ & BROOKS, D. Religious Coping Amidst a Pandemic: Impact on COVID-19-Related Anxiety. **J Relig Health**.V. 60, n.5, p.3161-3176, 2021.

DOS ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NO CONTEXTO DA COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 1, p. 6-6, 2020.

FORTE, G. et al. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. **Int J Environ Res Public Health**. V. 17, n.11, p. 4151, 2020.

FOSSION, P. et al. Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, Sense of Coherence, anxiety and depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 171, S.N p. 48-53, 2015.

GALASSO, V. et al. Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. **PNAD**.V.117, n.44, p. 27285-27291, 2020.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. - São Paulo: Atlas, 2019.

HAO, F. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. **Brain Behavior and Immunity**. v. 87, p.100–106, 2020.

HEGEL, G.W.F. **Fenomenologia do Espírito**. Tradução de Paulo Meneses e col. - 9ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

HUI, CH. et al. Psychological changes during faith exit: A three-year prospective study. **Psychology of Religion and Spirituality**. V.10, n.2,p. 103–118, 2018.

KARATZIAS, T. et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine, Londres**, v.49, n.11,p. 1–15, 2019.

KARATZIAS, T. et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). **Journal of Affective Disorders**, v. 207, p. 181–187, 2017.

KASEDA, E. T. et al. Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 34, n.7–8, p.1498–1514, 2020.

KESSLER, R.C. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v.52, n. 12, p. 1048-1060, 1995.

KESSLER, R.C. et al. The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 2004. S.N.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arquivos of General Psychiatry**, v. 62, n.6, p. 617-627, 2005.

KESSLER, R.C. Trauma and PTSD in the United States. In: NEMEROFF, C.B.; MARMAR, C. **Post-traumatic stress disorder**.- Reino Unido: Oxford University Press; 2018.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**.- New York: Springer, 1984.

LAWAL, AM, et al. Differential effect of gender, marital status, religion, ethnicity, education and employment status on mental health during COVID-19 lockdown in Nigeria. **Psychology, Health & Medicine**. V.27, n. 1, p. 1-12, 2022.

MAERCKER, A. et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the ICD-11. **Lancet**, Londres, v. 381, n. 9878, p.1683–1685, 2013.

MAK, I.W.C. et al. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. **General Hospital Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 318-326, 2009.

MAK et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. **General Hospital Psychiatry**, 2010.

NEMEROFF, C.B.; MARMAR, C. **Post-traumatic stress disorder**.- Reino Unido: Oxford University Press; 2018.

NYANFOR, S.S.; XIAO, S.Y. The Psychological Impact of the Ebola epidemic among Survivors in Liberia: A retrospective cohort study. **Central South University Xiangya School of Public Health**, 2020.

NWACHUKWU, I. et al. COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada. **Int J Environ Res Public Health**. V.17, n.17, 2020.

NORRIS, F. H Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. V.60, n.3, p. 409-418, 1992.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**.-Porto Alegre: Artmed, 2013.

PATTON, M. **Qualitative evaluation and research methods** -4a ed.. London: Sage. 66 Souza L.K. 2015.

RAONY Í. et al. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. **Front. Immunol.**, 2020.

RIGOLI, F. The Link Between COVID-19, Anxiety, and Religious Beliefs in the United States and the United Kingdom. **J Relig Health**. V.60, n.4, p.2196-2208, 2021.

ROBERTS, A. L., GILMAN, S. E., BRESLAU, J., BRESLAU, N., & KOENEN, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. **Psychological Medicine**. V. 41n.1 p, 71-83.

SHALEV, A.Y.; MARMAR, C.R. Conceptual History of Post-Traumatic Stress Disorder. In: NEMEROFF, C.B.; MARMAR, C. **Post-traumatic stress disorder**. - Reino Unido: Oxford University Press; 2018.

SHALEV, A.Y.; MARMAR, C.R. Posttraumatic stress disorder. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Comprehensive textbook of psychiatry**.- 10 ed.-Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**.- São Paulo: Loyola, 2000.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: Conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, p. 51-67, 2019.

TAYLOR, S.E. Tend and Befriend: Biobehavioral Bases of Affiliation Under Stress. **Current Directions in Psychological Science**. V.1.15,n. 6, p. 273-277, 2006.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VINDEGAARD, N.; BENROS, M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 89, p. 531-542, 2020.

VYAS, K.J. et al. Psychological impact of deploying in support of the US response to Ebola: a systematic review and meta-analysis of past outbreaks. **Military Medicine**, v. 181, n. 11-12, p.1515-1531, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).. A CID-11 está agora oficialmente em vigor para o registro e notificação nacional e internacional de causas de doença, morte - e muito mais. Acessado realizado em: 05 de julho de 2022. Disponível em: > <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>< . WHO, 2022.

XIAO, S., LUO, D. & XIAO, Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. **Global Health Research and Policy**, V. 5, N.9, 2020.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. -São Paulo: Penso, 2016.

APÊNDICE I**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TÍTULO DA PESQUISA: REPERCUSSÕES PSIQUIÁTRICAS, COM ÊNFASE NO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), EM PACIENTES E FAMILIARES ACOMETIDOS PELA FORMA GRAVE DA SARS-COV-2 EM RIO BRANCO-AC.

NOME DO PESQUISADOR COORDENADOR: Danuzia da Silva Rocha

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “REPERCUSSÕES PSIQUIÁTRICAS, COM ÊNFASE NO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), EM PACIENTES E FAMILIARES ACOMETIDOS PELA FORMA GRAVE DA SARS-COV-2 EM RIO BRANCO-AC”, sob a coordenação da pesquisadora Danuzia da Silva Rocha, professora da Universidade Federal do Acre. Os objetivos deste estudo consiste em compreender as repercussões psiquiátricas, principalmente o TEPT, em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-CoV-2 e familiares em Rio Branco AC.

1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?

O convite para a sua participação se deve ao fato de você ter mais de 18 anos e ter desenvolvido a forma grave do COVID 19 e ter sido internado em UTI; ou ser familiar em primeiro grau de alguém que foi a óbito devido a mesma doença.

2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?

O senhor(a) será entrevistado e responderá perguntas sobre sua experiência em relação à doença e as falas desta entrevista serão gravadas por meio de aplicativos de celular ou pela plataforma GOOGLE MEET.

Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e Sr(a) tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar da pesquisa. Sr(a) pode desistir da sua participação a qualquer momento, mesmo após ter iniciado o(a)/os(as) a coleta dos dados sem nenhum prejuízo para Sr(a). Não haverá nenhuma penalização caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, Sr(a) poderá solicitar do pesquisador

informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?

Somente os pesquisadores responsáveis e sua equipe saberão que Sr(a) está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua autorização.

4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.

Todos seus os dados e informações coletados durante a entrevista serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados, gravações e das suas informações, que serão utilizadas somente para esta pesquisa.

O material da pesquisa com os seus dados, gravações e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo, por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Caso você autorize que sua voz seja publicada, teremos o cuidado de anonimizá-la, ou seja, sua voz ficará diferente e ninguém saberá que é sua.

5. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

Esta pesquisa apresentará riscos mínimos para a sua saúde, não oferecendo riscos iminentes de lesão, morte ou invalidez. Durante as entrevistas poderá haver algum tipo de risco no aspecto psicossocial (tanto em relação ao paciente quanto familiares), uma vez que, podem ocorrer possíveis desconfortos e constrangimentos ao responder determinados questionamentos, principalmente após o trauma sofrido. Outro risco está relacionado a uma possível quebra na confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes. Pode haver ainda outro risco, de intensidade mínima, relacionado a uma possível quebra na confidencialidade dos dados e anonimato das participantes, durante a coleta de dados. Pode haver danos aos direitos de personalidade, com exposição indevida do nome e/ou imagem, o que pode agredir a intimidade, vida privada e/ou imagem do participante da pesquisa.

Para minimização ou exclusão dos riscos supracitados serão adotadas as seguintes medidas: a coleta das informações será realizada preferencialmente em um local reservado. Caso seja percebido algum desconforto físico (cansaço, dor) ou emocional durante a aplicação do formulário e entrevista a atividade será paralisada e retomada em outro momento caso seja da vontade do participante. O mesmo será orientado que pode se furtrar em responder alguma pergunta realizada pelos pesquisadores. Vale ressaltar que durante o decorrer da entrevista, caso seja detectado desordens psiquiátricas referentes ao escopo da pesquisa, o pesquisador responsável, como Médico Psiquiatra realizará o acompanhamento dos participantes por tempo indeterminado.

6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

O benefício deste estudo é indireto, no entanto os participantes poderão ser beneficiados pela oportunidade de participar de um estudo que se propõe a contribuir com a ciência e vise o bem-estar geral da sociedade.

7. FORMAS DE ASSISTÊNCIA, RESSARCIMENTO DAS DESPESAS E INDENIZAÇÃO

Se Sr(a) necessitar de orientação do resultado encontrado nesta pesquisa, poderá entrar em contato com Danúzia da Silva Rocha, no número (68) 99205-5498. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira. No caso de algum gasto resultante da sua participação e dela decorrentes, você será ressarcido. No caso de algum dano resultante da participação na pesquisa, está garantida a indenização.

8. ESCLARECIMENTOS

Os pesquisadores se comprometem a cumprir todas as exigências éticas contidas nos itens IV. 3, "a-h" e IV.5, "a" e "d", da Resolução CNS Nº 466/2012, durante e após a realização da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Danúzia da Silva Rocha

Endereço: Alameda das Araras, nº 365, Chácara Ipê

Telefone para contato: (68) 99205-5498

Se você desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar os Comitês de Ética. O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre.

Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG) – Sala 26

Horário de Atendimento: 08:00 às 12:00

Telefone: 3901-2711

Email: cepufac@hotmail.com; cep-ufac@ufac.br

9. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO.

Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo com a autorização deve preencher e assinar este documento que será elaborado em duas vias; uma via deste Termo ficará com o (a) Senhor (a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo a sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

10. CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Rio Branco, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE II

Roteiro de entrevista

1ª parte: caracterização socioeconômica e epidemiológica

Número de identificação:

Idade:

Gênero:

Raça:

Natural:

Escolaridade:

Estado civil:

Religião/crença:

Ocupação:

Tipo de moradia (alvenaria/madeira; quantidade de cômodos):

Com quantas pessoas reside:

2ª parte:

Número de identificação:

Questões subjetivas:

1 – Qual foi a sua percepção (o que você sentiu e pensou) quando soube que a Covid-19 tinha chegado ao Brasil?

2 – Qual foi a sua percepção (o que você sentiu e pensou) quando soube que a Covid-19 tinha chegado ao Acre?

3 - No início, o que você entendia que fosse ficar doente pela Covid-19?

4 - Qual foi sua reação ao saber que um conhecido tinha testado positivo para a Covid-19?

5 – Qual foi sua reação ao saber que um conhecido tinha ficado doente pela Covid-19?

6 – Após ter recebido alta do hospital (ou após ter perdido um ente querido), você passou a ter memórias intrusivas (i.e., sem as querer)? Se positivo, como é lembrar disso?

7 – Você passou a não se sentir confortável emocionalmente em alguns lugares (ou mediante alguma situação)?

8 – Desde a sua alta ou a perda do ente querido, você passou a se sentir diferente (se sim, de que forma ou em que contexto)?

9 - Desde a sua alta ou a perda do ente querido, você passou a se comportar de maneira diferente ao que era usual antes do seu adoecimento pela COVID-19 (ou pela perda do ente querido)?

- 10 - Desde a sua alta ou a perda do ente querido, você mudou a percepção de si mesmo?
- 11 – Desde a sua alta ou a perda do ente querido, seus relacionamentos mudaram?
- 12 – De um modo geral, qual foi o impacto, na sua vida mental ou emocional, após a sua alta ou a perda do ente querido?
- 13 – Você acha que passou a enfrentar a vida de outra forma, após a sua alta ou a perda do ente querido?
- 14 – Você sente que eventos da vida, após a sua alta ou a perda do ente querido, passaram a ter o efeito diferente (em relação a antes do advento da COVID-19)?
- 15 – Ao longo do tempo, após a sua alta ou a perda do ente querido, como vêm variando as consequências de ter vivido esse estresse?
- 16 – Após a sua alta ou perda do ente querido, a sua vida social (i.e., com as pessoas) – ou atividade cultural (lazer, comparecer a eventos religiosos) mudou (se sim, de que forma)?

ANEXO I: Q COREQ

Anexo: COREQ (critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa)

Nº do item	Tópico	Perguntas/ Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1	Entrevistador/ Facilitador	Mestrando Jefferson Zotelli conduziu cada entrevista
2	Credenciais	Médico psiquiatra
3	Ocupação	Médico psiquiatra clínico e perito da junta médica federal
4	Gênero	Masculino
5	Experiência e treinamento	Durante a graduação na FMRP (gravação de relatos abordando psicossomática); aulas mestrado e treino com orientadora Danuzia.
Relacionamento com os participantes		
6	Relacionamento estabelecido	Apenas com 3 participantes: eu já era o clínico deles;
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	Sabiam que é médico psiquiatra, atuante há vários anos em vários serviços em Rio Branco, cadeirante, e que a pesquisa é necessária para o mestrado, com o objetivo de entender e tratar pacientes futuros.
8	Características do entrevistador	Pesquisador via de regra foi elogiado pela sua competência (já há 11 anos atuando em Rio Branco); não foi relatado preconceito ou suposição alguma; as razões e interesses pelo tópico da pesquisa foram considerados nobres e relevantes.
Domínio 2: Conceito do estudo		
Estrutura teórica		
9	Orientação metodológica e teoria	Análise temática à luz da fenomenologia
Seleção de participantes		
10	Amostragem	Selecionou-se todos os pacientes que foram internados em UTI; ou enlutados de 1º grau

		(ambos por conta da COVID-19) – no INTO e no Huerb, em determinado período -, sendo a amostra por conveniência. Exceção uma participante enlutada, tendo internação seguida de óbito ocorrido no Hospital Santa Juliana em junho de 2021.
11	Método de abordagem	Pessoalmente e por videoconferência.
12	Tamanho da amostra	91 participantes.
13	Não participação	81 potenciais participantes.
	Cenário	
14	Cenário da coleta de dados	Na casa ou local de trabalho (do participante); na clínica (do pesquisador); ou por vídeo conferência estando os participantes em suas residências.
15	Presença de não participantes	Sim, o cuidador e/o secretária do pesquisador. Às vezes, familiares dos participantes circulavam pelo ambiente destes.
16	Descrição da amostra	As onze coletas ocorreram nas datas 1ª - 06 de outubro de 2021; 2ª - 27 de outubro de 2021; 3ª - 26 de novembro de 2021; 4ª - 29 de novembro de 2021; 5ª - 03 de dezembro de 2021; 6ª - 13 de dezembro de 2021; 7ª - 15 de dezembro de 2021; 8ª - 16 de dezembro de 2021; 9ª - 03 de janeiro de 2022; 10ª - 01 de janeiro de 2022; 11ª - 01 de fevereiro de 2022. Uma participante, após ter sido feita a entrevista, por influência dos filhos recusou a assinar o TCLE, tendo sido desconsiderado. Dois participantes do gênero masculino e 9, feminino (um feminino foi descartado, como referido acima). Das 10 transcrições, 8 foram enlutados (designados como L1 até L8); 2 sobreviventes (S1 e S2).
	Coleta de dados	
17	Guia da entrevista	Foram fornecidas instruções gerais (perguntas semiabertas), testados por plano-piloto com a orientadora Danuzia.
18	Repetição de entrevistas	Não.
19	Gravação audiovisual	Utilizou-se gravação de áudio.
20	Notas de campo	Feitas após a entrevista.

21	Duração	Entre 16 minutos e 54 segundos a 29 minutos e 44 segundos.
22	Saturação de dados	A partir do 7º participante.
23	Devolução de transcrições	Sim.
Domínio 3: Análise e resultados		
	Análise de dados	Feita em todos os dez participantes válidos
24	Número de codificadores	25.
25	Descrição da área de codificação	Sim
26	Derivação de temas	Derivados dos dados.
27	Software	Não utilizado.
28	Verificação do participante	Sim.
	Relatório	
29	Citações apresentadas	Sim.
30	Dados e resultados consistentes	Sim.
31	Clareza dos principais temas	Sim.
32	Clareza de temas secundários	Sim.

ANEXO 2: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES PSIQUIÁTRICAS, COM ÊNFASE NO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), EM PACIENTES E FAMILIARES ACOMETIDOS PELA FORMA GRAVE DA SARS-COV-2 EM RIO BRANCO-AC.

Pesquisador: Danúzia da Silva Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46025021.1.0000.5010

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.790.559

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão de um trabalho de dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre. O projeto tem a área temática de saúde mental relacionada a COVID-19. E informam “Esta pesquisa tem como objetivo compreender as repercussões na saúde mental – com ênfase no TEPT-, entre sobreviventes da COVID-19 e familiares de pacientes que foram à óbito, pela referida doença. A pesquisa terá uma abordagem qualitativa. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes acima descritos. A Análise das informações coletadas seguirá a análise de conteúdo com o referencial teórico da fenomenologia. Espera-se como resultado conhecer o processo de TEPT em pessoas gravemente afetadas pela doença e familiares.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as repercussões psiquiátricas, principalmente o TEPT, em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-COV-2 e familiares em Rio Branco AC.

Objetivo Secundário:

-Identificar as experiências mentais vivenciadas durante o processo de adoecimento e luto. Identificar as alterações mais frequentes na saúde mental de em pacientes acometidos pela forma grave da SARS-COV-2 e familiares. -Determinar as repercussões psiquiátricas, com ênfase no TEPT, nos pacientes e familiares acometidos pela SARS-COV-2.

Conhecer as estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes e familiares.

Analisar os depoimentos dos participantes com ênfase no referencial teórico da Fenomenologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na versão anterior os riscos e benefícios já haviam sido avaliados com parecer favorável não havendo mudanças nesta nova versão.

No parecer anterior recomendou-se a retirada do seguinte trecho “. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será obtido por meio da assinatura dos entrevistados (modelo em anexo). Foi solicitada autorização do Departamento de Ensino, Pesquisa, Ciência e Inovação da Secretaria de Saúde do Estado do Acre (Sesacre), secretário de Saúde, para realização da coleta de dados (anexo). Serão avaliadas, individualmente, as respostas – incluindo-se a forma,

a expressão, as impressões subjetivas – de indivíduos provenientes de famílias nas quais um ou mais membros (incluindo-se o próprio entrevistado, desde que o mesmo não tenha ido a óbito) foi (foram) acometido (s) pela forma grave da SARS 2019, havendo necessidade de internação hospitalar e/ ou óbito. Serão consideradas quaisquer citações ou impressões observadas que pertençam ao universo de sinais ou sintomas psiquiátricos.” pois não havia relação com os riscos ou suas providências e cautelas.

Esta recomendação foi acatada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta tem importância para a saúde pública e para a ciência, com um enfoque na temática de saúde mental no contexto da pandemia do COVID-19, contribuindo para o desenvolvimento de informações científicas sobre o tema. Todas as pendências foram solucionadas e as recomendações atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando que se trata de um Protocolo já apreciado, neste Parecer somente serão avaliados os itens nos quais foram indicadas pendências:

Projeto de Pesquisa

Metodologia Proposta: No parecer anterior solicitou-se revisar o item nas IBPs pois estava incompleto. Nesta nova versão esta pendência foi solucionada, e a Metodologia Proposta nas IBPs encontra-se completa.

Cronograma: no parecer anterior deveria estar em concordância entre as versões do projeto. Nesta nova versão os cronogramas estão concordantes entre as versões.

Orçamento: no parecer anterior, os itens deveriam estar em concordância entre as versões do projeto. Nesta nova versão o orçamento está concordante entre as versões.

Recomendações:

Todas as recomendações foram acatadas nesta nova versão, com a inclusão de um objetivo específico que atenda a análise fenomenológica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando as análises constantes neste Parecer, avalia-se que o Protocolo encontra-se adequado às normas, de modo que o CEP-Ufac manifesta-se pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que Protocolo de Pesquisa necessita de correções, alterações e complementação, o CEP informa que todas as pendências devem ser corrigidas, no prazo de 30 dias, a contar da data de emissão deste Parecer. Caso este prazo não seja cumprido para enviar as respostas às pendências apontadas, o Protocolo de Pesquisa será arquivado, conforme determina a Norma Operacional CNS Nº 01/2013.

Todas as pendências devem ser solucionadas, por mais simples que seja a exigência feita, pois, caso contrários, o protocolo continuará em "pendência", enquanto todas as pendências indicadas não estiverem completamente atendidas. (NO Nº 001/2013, 2.1. G, 2).

Informa-se que a pesquisa somente poderá ser iniciada após o CEP emitir Parecer Consubstanciado de APROVAÇÃO, assim, os pesquisadores deverão aguardar a decisão de

Aprovação Ética do Protocolo de Pesquisa, para poderem iniciar a pesquisa, conforme estabelece a Resolução 466/2012, XI.2-a.

Para agilizar a verificação da resolução das pendências indicadas no Parecer Consubstanciado, solicita-se que na devolução do Protocolo de Pesquisa ao CEP seja elaborado e encaminhado um expediente ao CEP-Ufac (via Plataforma Brasil), no qual devem ser explicitadas as modificações e/ou acréscimos feitos nos documentos, bem como devem ser indicados os locais onde foram feitas as modificações ou acréscimos, destacando os trechos modificados nos documentos usando a fonte em cor vermelha. (No projeto Detalhado e colocar as modificações em caixa alta na Plataforma Brasil, IBP)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1737926.pdf	31/05/2021 18:17:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComitedeetica.pdf	31/05/2021 18:17:22	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
Outros	docomitedeetica.pdf	31/05/2021 18:05:16	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODEINICIODECOLETAED EUSODOSDADOSDAPESQUISA.pdf	23/04/2021 17:34:19	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeestrutura.pdf	23/04/2021 17:31:56	Danúzia da Silva Rocha	Aceito

Declaração de concordância	termodeautorizacaoconvertido.pdf	23/04/2021 17:29:35	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.pdf	23/04/2021 17:27:58	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
Outros	TCLEANTEPROJETOJEFFERSON.pdf	23/04/2021 17:26:39	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEANTEPROJETOJEFFERSONNAO ALFABETIZADOS.pdf	23/04/2021 17:22:13	Danúzia da Silva Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoDANUZIA.pdf	23/04/2021 17:16:55	Danúzia da Silva Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 4.790.559

RIO BRANCO, 18 de Junho de 2021

Assinado por: JOÃO LIMA
(Coordenador)