

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

MAURÍCIO GONÇALVES AMORIM JÚNIOR

**REPRESENTAÇÕES DE PACIENTES PÓS-DOVID-19 FRENTE
EXPERIÊNCIAS DE INTERNAÇÕES PROLONGADAS**

UBERLÂNDIA
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

MAURÍCIO GONÇALVES AMORIM JÚNIOR

**REPRESENTAÇÕES DE PACIENTES PÓS-DOVID-19 FRENTE
EXPERIÊNCIAS DE INTERNAÇÕES PROLONGADAS**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR apresentado a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito para a conclusão do Programa de Residência em Área de Saúde (Uni e Multiprofissional) e obtenção do título de Especialista na Atenção ao Paciente em Estado Crítico. Este artigo será submetido à Revista Psicologia e Saúde.

Orientadora: Ms. Luma de Oliveira

Co-orientadora: Ms. Gizelle Mendes Borges Cunha

UBERLÂNDIA
2022

Representações de pacientes pós COVID-19 frente experiências de internações prolongadas

Representations of post-COVID-19 patients facing prolonged hospitalizations experiences

Representaciones de pacientes post-COVID-19 que enfrentan experiencias de hospitalización prolongada

Resumo

A pandemia tem impactado a saúde mental da população e deixado marcas significativas nos sujeitos que adoecem pelo Coronavírus. O termo “pós-COVID” tem sido utilizado para abarcar as sequelas multissistêmicas geradas pela contaminação.

Atuando como psicólogo pelo Programa de Residência Multiprofissional em um hospital público, pretendeu-se investigar neste trabalho como as vivências de internação grave têm sido subjetivadas pelos sobreviventes após desospitalização. Realizou-se um estudo de caso de três pacientes acolhidos no Ambulatório Pós-COVID-19 do hospital.

A investigação deu-se por observação, entrevistas e consultas aos prontuários com o consentimento dos participantes. Utilizou-se a Psicanálise como abordagem teórica,

recorrendo aos conceitos de desamparo, trauma e angústia. Verificou-se que o adoecimento trouxe respostas singulares dos pacientes quanto aos seus efeitos no psiquismo, não incorrendo necessariamente no trauma psicológico. Destaca-se a necessidade de criação de espaços de atendimento multiprofissional como forma de cuidado integral a estes indivíduos.

Palavras-chave: saúde mental, pandemia, covid-19, psicanálise, trauma.

Abstract

The pandemic has impacted the mental health of the population and left significant marks on subjects who got sick by coronavirus. The term “post-COVID” has been used to embrace the multisystem sequelae generated by contamination. Acting as psychologist in a Multiprofessional Residency Program in a public hospital, we aimed to investigate how the experiences of severe hospitalization have been subjetivized by survivors. This research was carried out through case study of three patients assisted at the post-COVID-19 Outpatient of the hospital. The data were collected through observation, interviews and medical records according to the patient permission. Psychoanalysis was used as theory with concepts of helplessness, trauma and distress. The illness brought unique responses from the patients regarding effects on psyche, not necessarily incurring in psychological trauma. Thus, we evidently need to create a care spaces multidisciplinary approach for these individuals.

Keywords: mental health, pandemic, covid-19, psychoanalysis, trauma.

Resumen

La pandemia ha impactado la salud mental de la población y dejado importantes huellas en los sujetos que enferman con el Coronavirus. Se há utilizado el término “Post-COVID” para englobar las secuelas multisistémicas generadas por la contaminación. Actuando como psicólogo a través del Programa de Residencia Multiprofesional en un hospital publico, se pretendió investigar como las experiencias de hospitalización grave han sido subjetivadas por sobrevivientes. Fue realizado un estudio de caso de tres pacientes atendidos en el Ambulatorio Post-COVID-19 del hospital. La investigación se llevó a cabo a través de la observación, entrevistas y consultas a las historias clínicas de los participantes. Se utilizó el psicoanálisis para la articulación teórica con los conceptos de desamparo, trauma y angustia. Se constató que la enfermedad trae respuestas únicas

de los pacientes cuanto a sus efectos en la psique, no necesariamente incurriendo en trauma psicológico. Se destaca la necesidad de generar espacios de atención multiprofesional como forma de atención integral a estas personas.

Palabras-clave: salud mental, pandemia, covid-19, psicoanálisis, trauma.

Introdução

O novo coronavírus (denominado SARS-CoV-2) foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China, e a disseminação da COVID-19, doença causada pelo vírus, foi reconhecida como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2020) em março de 2020. Desde o primeiro caso confirmado no Brasil em fevereiro, foram registrados 648.913 óbitos dentre 28.744.050 casos (Brasil, 2022).

De acordo com Birman (2021), o vírus remete a uma problemática orgânica, mas a pandemia ultrapassa este discurso e exige uma leitura interdisciplinar para abarcar sua complexidade. Dessa forma, é relevante delinear a especificidade da organização brasileira diante deste desafio sanitário global.

Surgiu uma polarização entre duas políticas pautadas em imperativos diferentes, uma pela vida e outra em favor da economia. Nesse sentido, economistas da comunidade internacional destacaram ao início da crise que se a política se orientasse inicialmente pelo imperativo da vida, seria possível um retorno mais breve e eficiente das atividades econômicas (Birman, 2021).

Ainda assim, houve quem preferiu as práticas econômicas em razão do discurso protetivo, mesmo que isso implicasse na morte de indivíduos representantes de populações precárias e grupos de risco (Birman, 2021).

Brooks et al. (2020), em estudo baseado em situações de epidemia ao longo

da história, destaca a importância de se manterem linhas de comunicação claras com a população por parte dos oficiais de saúde pública, de maneira a assegurar às pessoas que estas serão cuidadas no caso de contraírem a doença.

No Brasil, as políticas de governo mostraram-se negacionistas e desalinhadas com a realidade da pandemia, gerando confusão e ansiedade na população. Foram necessários milhões de infectados, milhares de óbitos e o colapso do sistema de saúde para que novas medidas fossem adotadas.

Pensando especificamente no perfil dos pacientes com COVID-19, o Hospital Israelita Albert Einstein realizou um estudo no Brasil em que 50% do grupo hospitalizado apresentava pelo menos uma comorbidade na admissão. A oxigenoterapia foi necessária em 44,4% dos pacientes hospitalizados e 23,6% demandaram ventilação mecânica. Em relação aos pacientes admitidos nas UTIs, verificou-se que 65% necessitaram de ventilação mecânica invasiva (Teich et al., 2021).

Um estudo publicado na revista científica *The Lancet Respiratory Medicine* apresentou dados alarmantes em que 80% dos pacientes que precisaram ser intubados em razão da COVID-19 morreram no Brasil. Além disso, dos que necessitaram de internação em UTIs, 59% vieram a óbito. (Ranzani et al., 2021).

Sabe-se que tanto o adoecimento grave quanto a internação trazem reverberações para os pacientes após a alta. A estas consequências tem se atribuído o nome de Síndrome Pós Terapia Intensiva (SPTI), sendo caracterizada por comprometimentos cognitivos, físicos e neuropsicológicos em função do período de hospitalização do paciente nas unidades de tratamento intensivo (Needham et al., 2012).

Somando-se à SPTI e ainda pensando nos pacientes que sobrevivem à insuficiência respiratória aguda, diversos termos têm sido criados para tentar dar nome às sequelas específicas geradas pela contaminação por COVID-19, não havendo

consenso na literatura científica. Dentre eles, “COVID longa” (“long COVID”), “pós-COVID”, COVID Pós-Aguda”, e “Síndrome de COVID Crônica” (Baig, 2021).

A COVID Longa é uma condição multissistêmica envolvendo diversos sintomas, como fadiga, falta de ar, tosse, dor no peito, palpitações cardíacas, febre, dor de cabeça, dores musculares, problemas gastrointestinais, perda do paladar e do olfato. Pode envolver ainda problemas psicológicos e sintomas cognitivos, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (NICE, 2020; NHS, 2021).

Estudos preliminares sobre a caracterização de pacientes com sequelas pós COVID-19, apontam que mudanças encontram-se em 88.3% dos participantes. Dentre os sintomas mais comuns destacam-se distúrbios de sono-vigília, ansiedade, depressão, estresse e medo (Davis et al., 2020; Al-Aly et al., 2021).

Atravessado pela pandemia, em março de 2020, iniciei minhas atividades como psicólogo em um hospital público em Minas Gerais pelo Programa de Residência Multiprofissional com foco na Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC).

Pela Residência tive a oportunidade de atuar em diversos campos intra-hospitalares, com destaque para o Pronto-Socorro e as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Logo de início, me vi implicado pela trama social brasileira durante a crise sanitária, entrando em contato com pacientes infectados pelo Coronavírus.

No atendimento a estes pacientes no hospital, as demandas de saúde mental tornaram-se evidentes diante das fantasias e medos quanto aos cuidados, à internação e à doença. Uma angústia sem escape, por vezes sem representação, o que levou a nos questionar quanto ao conteúdo traumático que pode estar relacionado a essas vivências.

Freud (1996 [1916-1917]), utiliza o termo “trauma” para conceituar o aumento da quantidade de excitação que não pode ser elaborada por meios normais, arrasando as possibilidades de representação do aparato psíquico. Essa descarga de excitação está

normalmente associada a uma situação danosa capaz de provocar a ruptura na homeostase psíquica do sujeito, obrigando-o a buscar uma reparação ou reorganização subjetiva para lidar com o conteúdo traumático.

Resgatamos o conceito de trauma ao nos questionar como encontrar palavras para representar as afetações vivenciadas diante de tanta incerteza, adoecimento e morte. A catástrofe se apresentou em âmbito mundial, somando-se à falta de pesquisas para subsidiarem protocolos de atendimentos e trazendo angústia aos profissionais em assistência e aos pacientes com COVID-19 que necessitavam dos cuidados.

Dentre minhas vivências hospitalares, destaco o quanto o Pronto-Socorro marca as minhas primeiras experiências com pacientes com COVID-19. Durante os acompanhamentos, fui sendo contaminado pelos sentimentos de medo, negação, irritação e solidão que se apresentavam nos pacientes e em seus familiares.

Além disso, foi chamando minha atenção a quantidade de pacientes “pós-COVID” reinternados, com uma interrogativa muito recorrente nos prontuários: “sequela pós-COVID?”. Pacientes que após a desospitalização precisaram retornar por descompensações agudas, havendo uma revivescência do que se imaginava superado.

Assim, com base nas vivências como residente, nos alarmantes dados sobre a COVID-19 e atento ao potencial traumático da pandemia, junto à orientadora e à coorientadora deste trabalho, propus com uma investigação de como as vivências de internação prolongada e intubação por COVID-19 têm sido subjetivadas pelos pacientes sobreviventes a essas experiências. Para isso, partimos da hipótese de que esses pacientes internalizariam o vivido como trauma psíquico.

Acredita-se que esta pesquisa tenha sua importância, baseando-se no aumento considerável das demandas por serviços específicos de Saúde Mental e Psicologia em razão da pandemia. Justifica-se também pelos poucos e recentes trabalhos

desenvolvidos neste campo desafiador.

Métodos

Para este trabalho foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo com três participantes do Ambulatório para pacientes pós COVID-19 de um hospital de Minas Gerais.

De acordo com Gil (2007), a pesquisa exploratória visa uma maior aproximação e familiaridade com o problema, explicitando-o. Por permitir um planejamento mais flexível, permite-se a consideração de variados aspectos. Na maioria das vezes, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de elementos diversos.

O método qualitativo volta-se à estrutura social, preocupando-se com significados, crenças e atitudes, correspondendo ao universo dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2013).

Para aproximação da temática, foi realizado levantamento bibliográfico sobre a COVID-19 e suas repercussões psicológicas em pacientes que necessitaram de internação hospitalar. Os materiais para embasamento teórico foram selecionados em plataformas de busca como BVS-Psi, PePSIC, LILACS e Portal CAPES de pesquisa.

Além disso, utilizou-se da Psicanálise como abordagem para articulação teórica entre os achados, recorrendo aos conceitos de desamparo, trauma, angústia e considerações sobre fantasias do adoecimento.

Foram incluídos no estudo pacientes acima de 18 anos que necessitaram de internação prolongada e intubação, em suas altas tendo sido encaminhados para o Ambulatório Pós-COVID-19 do hospital. Adotamos como “internação prolongada” o período superior a 22 dias, considerando estudos que apontam esta média para o processo de internação do paciente crítico com COVID-19 (Teich et al., 2021).

Ainda como critério de inclusão, interessou-se pela prevalência de sintomas neuropsicológicos após o adoecimento relacionados aos transtornos psicopatológicos apontados pela literatura na caracterização destes pacientes, como: insônia, choro fácil e frequente, alterações de humor e ansiedade.

O Ambulatório mostrou-se como ambiente profícuo para a realização da pesquisa, já que os pesquisadores se encontravam inseridos na equipe assistencial. Ressalta-se que os sujeitos foram acolhidos no Ambulatório Pós-COVID-19 pela equipe multiprofissional e convidados a participar voluntariamente da investigação, com leitura e fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP).

A coleta dos dados foi realizada por observação, realização de entrevistas semiestruturadas e busca em prontuários clínicos com consentimento dos pacientes. Como forma de tentar preservar o anonimato dos participantes, a identificação deles recebeu a letra “P”, seguida de um número correspondente a cada: P1, P2, P3.

A entrevista semiestruturada dispõe de perguntas com a função de direcionar os assuntos de acordo com o objetivo da pesquisa, mas mantendo certa flexibilidade que permite novas perguntas e associações do sujeito entrevistado e do pesquisador.

O roteiro elaborado para a presente investigação contou com um questionário de dados gerais dos participantes e cinco **perguntas** orientadoras, sendo: 1) Como se sentiu com o surgimento dos primeiros sintomas relacionados à COVID-19?; 2) Qual foi sua reação frente ao diagnóstico?; 3) Como se sentiu durante a internação?; 4) Durante sua internação, passou pelo processo de intubação? Em caso positivo, do que se lembra sobre isso?; 5) Conte-nos sobre como tem se sentido após alta hospitalar e se percebe algum impacto da contaminação por COVID-19 na sua saúde hoje em dia.

As entrevistas tiveram como foco as representações, os sentidos e as elaborações

dos pacientes diante do adoecimento e internação hospitalar. A Análise do Discurso centraliza o sujeito na discussão, um sujeito do inconsciente e da linguagem interpelado pela ideologia, sendo este constituído e atravessado pela linguagem (Brasil, 2011).

Os dados coletados foram analisados de acordo com a teoria da Análise do Discurso, defendida por Pêcheux, e organizados em categoriais consideradas relevantes para a discussão. As categorias destacadas foram: 1) cuidados durante a internação hospitalar; 2) experiências de intubação; e 3) recursos de apoio e sentimentos em relação à sobrevivência da COVID-19.

Resultados

Realizamos inicialmente uma breve apresentação sobre o histórico de adoecimento e internação dos pacientes entrevistados, pela qual observa-se que os três apresentam em comum critérios que os enquadravam no “grupo de risco” para contaminação por COVID-19, como idade avançada, hipertensão, diabetes e tabagismo, podendo-se conferir nos dados a seguir.

Participante 1 (P1):

61 anos, sexo feminino, hospitalizada por 25 dias, sendo 24 destes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É ex-tabagista, com Hepatite B e câncer de mama tratados. Tomou a primeira dose da vacina (Astrazeneca) 10 dias antes da internação. Refere ter feito o uso de medicações como profilaxia para COVID-19.

Apesar de não apresentar sinais de desconforto respiratório na chegada do hospital, apresentava dissaturação importante, sendo encaminhada para a UTI. Três dias após admissão na Unidade, houve uma piora do quadro respiratório em que optou-se pela intubação. Com a melhora do quadro, no 23º dia de internação a paciente foi de alta para a enfermaria, ficando junto da família até a desospitalização no dia posterior com encaminhamento para os serviços de saúde de reabilitação e cuidados pós-COVID-19.

Participante 2 (P2):

58 anos, sexo masculino, com histórico de tabagismo, precisou de 56 dias de internação, sendo 47 dias na UTI e 9 dias na enfermaria COVID. Necessitou ainda de intubação e traqueostomia, ficando 19 dias intubado.

Apresentou-se consciente e orientado na chegada pelo Pronto-Socorro e apesar de crises intensas de tosse, mialgia e cansaço, não referia desconforto respiratório. Nega ter sido vacinado e relata o uso de Azitromicina como preventivo para COVID-19.

O paciente recebeu alta para a enfermaria após 47 dias de UTI, permanecendo por mais 9 dias internado até sua alta. Durante sua internação, a família mostrou-se solicitante quanto a permanência junto do paciente mesmo diante das advertências quanto a ser uma área com risco de contaminação por COVID-19.

Participante 3 (P3):

Sexo masculino, 63 anos, já estava internado havia dois dias na cidade de origem antes de ser encaminhado ao hospital de referência por ser do grupo de risco. Permaneceu internado por 95 dias, sendo 41 dias na UTI e 44 dias em enfermaria. Necessitou de duas intubações, sendo que na segunda optou-se pela traqueostomia.

Paciente com diabetes tipo II, hipertensão, e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) presumido em razão de tabagismo. Não havia sido vacinado para COVID-19.

Passou por internação prolongada com múltiplas abordagens invasivas, adquiriu uma úlcera por pressão na região sacral e contraiu infecção hospitalar. Após a alta da UTI, ainda ficou na enfermaria COVID-19 em leito de isolamento para tratar das complicações. Na enfermaria, a equipe de saúde realizou intermediação junto à família solicitando acompanhante na tentativa de manejar sintomas ansiosos e disfóricos.

Em condição de alta hospitalar, foi encaminhado para reabilitação, fisioterapia motora e respiratória em cidade de origem, além de avaliação e acompanhamento no

Ambulatório Pós-COVID-19.

Durante realização das entrevistas, chamou nossa atenção o modo como cada participante chegou. P1 veio sozinha, com um andador que apresenta como instrumento de resgate de sua autonomia. Mostrou-se disposta, mas ainda com sensação de cansaço.

P2 chegou sozinho, sem necessitar de nenhum tipo de dispositivo de suporte. Apresentou-se dizendo que vinha se sentindo bem, que a reabilitação estava sendo efetiva e estava se recuperado rapidamente.

P3 chegou acompanhado pela filha em cadeira de rodas e em uso de oxigênio. Apresentou-se inquieto e com feições de dor. Observamos que durante o relato da vivência do participante, a filha colocou um fone de ouvido por alguns momentos. Destaca-se que o P3 solicitou interrupção da entrevista em razão do desconforto físico.

Em relação aos “cuidados durante a internação”, os participantes trouxeram falas ambivalentes direcionadas ao reconhecimento da necessidade de estarem internados e a sentimentos de dor e sofrimento, fossem estes causados pela doença, por procedimentos clínicos ou pelo isolamento.

“Eu lembro de sentir muito frio na UTI. E muita dor no pé quando eu acordei, que foi o lugar onde eu tive a úlcera, né? Lembro que tirar sangue era um sofrimento, mas sinto muita gratidão pela equipe durante o meu cuidado. Eu sabia que aquelas coisas eram pra eu poder ficar melhor” (P1).

“A enfermaria COVID foi sofrido, viu? Passei sede, passei frio... Eu ficava com medo de passar mal e ninguém ver. De morrer sem atendimento. Eu ficava pensando: se eu tiver que morrer, eu vou morrer, né? Eu pedia pra Deus me ajudar, eu rezava... Entreguei na mão Dele, porque se fosse pra eu morrer, eu ia morrer. (...) Fiquei na minha e Deus ajudou na minha recuperação” (P2).

“Eu fiquei naquela enfermaria por quinze dias sem beber água nem comer nada.

(...) Aí no dia em que era pra eu ir de alta pra casa, eles disseram que eu tinha contraído uma bactéria, que ia ter que ficar mais tempo internado pra tratar com antibiótico” (P3).

“E o pior é que eles não deixavam receber nenhum tipo de visita e eu ficava lá sozinho naquele quarto. Falavam que era por causa da pandemia. Eu ficava pedindo pra chamar minha família ou me deixar ir embora pra casa” (P3).

“Eu não entendia isso de não poder receber visita. Porque é que a família não pode visitar sendo que o profissional entra e sai o tempo todo?” (P2).

O P2 e o P3 trouxeram experiências de angústia durante a passagem pela enfermaria de COVID-19, período em que se mantinham conscientes, porém ainda debilitados. A questão do isolamento foi apresentada como fonte de sofrimento por estes participantes, tratando-se de tema de discussão importante.

A presença de familiares era admitida como caráter de exceção à medida em que as equipes de assistência percebiam benefícios nessa concepção diante da necessidade de manejo de sintomas ansiosos e disfóricos, por exemplo, podendo impactar significativamente na recuperação do paciente. Nesses casos, contou-se com a disponibilidade dos familiares mediante aceitação dos protocolos hospitalares.

Estes participantes apresentaram dificuldades para compreender algumas ações das equipes de saúde como medidas de cuidado. Os protocolos de isolamento e suspensão das visitas, por exemplo, foram criados como forma de minimizar a contaminação, seja de outros pacientes, de seus familiares e da própria equipe de saúde.

A P1, em geral, já demonstrou compreensão e gratidão para com os cuidados ofertados pela equipe. Cabe destacar que dentre os participantes da pesquisa, esta apresentou menor tempo de internação.

É compreensível que grande parte dos incômodos e angústias sentidas pelos pacientes sejam provenientes do período na enfermaria, visto que neste tempo

permaneceram conscientes e assim mais atentos ao que os atravessava.

Trazendo outra categoria de análise importante para nosso trabalho, os participantes trouxeram relatos importantes em relação à experiência de intubação, rememorando suas afetações previamente ao procedimento. Alguns ainda referiram memórias, sonhos, pensamentos e percepções sensoriais enquanto intubados e sedados.

“Quando me disseram que ia precisar intubar, consegui ligar para o meu filho que estava trabalhando e para o meu irmão. (...) Aí a gente fica morrendo de medo, né? Porque não tem escolha...” (P1).

“Eu tinha piorado, subi pra UTI porque meu pulmão não estava conseguindo respirar. Eu puxava o ar e parecia que ele não entrava. O médico chegou e perguntou se eu queria ser intubado, e eu falei: se tiver que intubar, tem que intubar, ué!” (P2).

“Eu não tive medo de entubar não. No dia em que eu tive que intubar eu lembro que o médico disse que se não entubasse eu ia morrer, e que se intubasse eu ainda ia correr risco de morte. Aí eu falei pra ele intubar, vai fazer o quê?” (P3).

Os relatos expressam a resignação diante da necessidade do procedimento. Foram comuns as falas “não tinha escolha”, “tem que fazer se eu quiser viver” e “é o único jeito”. Nesse sentido, percebe-se o significante de impotência diante de um procedimento que se mostra essencial à continuidade da vida, e ao mesmo tempo, o receio quanto à possibilidade de morte.

Ainda em relação à experiência de intubação, alguns dos participantes relataram vivências mesmo em estado de coma. As lembranças se apresentaram na forma de memórias afetivas importantes para os pacientes e através de experiências oníricas.

“Eu lembro de lembrar do aniversário do meu filho durante a intubação” (P1).

“A pessoa que está em coma, escuta. Eu não sabia se era sonho ou verdade. Talvez eu tenha escutado enquanto estava intubada... tinha alguém no meu quarto com

COVID e escutei os enfermeiros dizendo que essa pessoa tinha tido uma parada cardíaca. Não sabia dizer se era eu ou outra pessoa. Tinha a sensação de estar me afogando, como se eu respirasse mas o ar não entrasse” (P1).

“E eu tinha muitos pesadelos também... teve um em que uma pessoa chegava perto de mim e comentava que meus olhos eram lindos, e eu achei que eles iam tirar meus olhos para doar para outra pessoa.. Quando eu acordei, achei que estava cega, vi que tinha um tipo de creme nos meus olhos” (P1).

“Eu sonhei com a minha própria morte, viu? Teve uma vez em que eu ouvi os enfermeiros conversando no quarto achando que eu tinha morrido e achei que iam me enterrar viva. Eu tentei falar pra eles que eu não estava morta, mas a voz não saía... acho que porque eu estava entubada, né?” (P1).

“Também teve uma vez em que vi um caminhão se aproximando de um buraco com vários corpos em sacos pretos. Acho que a gente fica vendo e ouvindo tanta coisa na televisão que essas coisas entram na cabeça da gente, né?” (P1).

“Olha, eu não lembro de muita coisa da intubação não... Mas lembrei que era meu aniversário! Lembro também de ter tido uns sonhos meio estranhos. Teve uma vez em que eu estava no meio de um deserto com uma ventania muito grande e tinha um termômetro gigante em que eu ficava abraçado nele” (P2).

“Eu lembro também de umas frases meio soltas, do tipo “eu vim aqui, eu voltei aqui”, mas não sei dizer se era alguma coisa que eu estava pensando ou se era a minha irmã que vinha me visitar” (P2).

A partir das falas é possível delinear que mesmo com o rebaixamento no nível de consciência induzido pela sedação ainda existe atividade psíquica a um nível subconsciente: “a pessoa em coma escuta” (P1).

Os estímulos externos também se correlacionaram aos “sonhos” dos pacientes,

como a sensação de afogamento e a cegueira, que podem estar associados às dificuldades respiratórias da paciente, à sensação do tubo orotraqueal durante a ventilação mecânica e ao creme nos olhos. O psiquismo cria tais recursos deslocando experiências potencialmente traumáticas diante de fantasias persecutórias e de morte.

Alguns relatos suscitam reflexões quanto aos estímulos recebidos durante o coma que fizeram registro simbólico nos sujeitos. Isso pode ser exemplificado pelas falas de “eu vim aqui, eu voltei aqui” que ficam marcadas como a visita da irmã de P2 no período em que esteve intubado. Curiosamente tanto P1 quanto P2 referiram recordações de datas de aniversário, a do filho e a dele próprio respectivamente.

Quanto aos recursos de apoio e sentimentos em relação à sobrevivência da COVID-19, e assim entrando na nossa terceira categoria de análise, os participantes destacaram a família e a espiritualidade como importantes fatores de auxílio para a recuperação.

“Eu tento me manter otimista e ir me reabilitando pouco a pouco (...), a questão da fé também tem me ajudado muito. Eu sinto muita gratidão pela equipe por ter cuidado de mim. Mas hoje eu fico pensando: até quando isso vai durar? Quando eu vou poder realizar os meus sonhos? Quando poderei ter o meu recomeço?” (P1).

“Pra mim, o apoio da família tem sido fundamental na minha recuperação. A família e a fé em Deus, né? Pra conseguir passar por tudo isso. Eu sinto que passei a dar mais valor nas coisas e nas pessoas, me sentindo mais humilde. Tenho uma sensação de renascimento e gratidão por estar vivo. Acho que a minha vida começou agora” (P2).

“Deus que tem me ajudado. Deus me deu uma chance. A família também tem sido tudo pra mim agora, né? Tem sido importante demais depois de sair do hospital... Porque eu ainda preciso de muita ajuda” (P3).

“Tenho tido muito suporte da família. O pessoal lá do meu trabalho também tem

dado muito apoio. Mas às vezes eu sinto meio que uma cobrança por parte deles, como se eles achassem que eu estou demorando demais para ficar boa” (P1).

“As pessoas não sabem o que a gente passou, o quanto essa doença afetou a vida da gente e o quanto tem sido difícil retomar a vida do jeito que era. (...) A gente sente uma pressão, né? Pra melhorar logo. Essa cobrança vai só aumentando. E eu tenho muita dificuldade de conversar sobre essas coisas, sabe? Parece que não tenho espaço pra falar das dificuldades que tenho vivido” (P1).

“A minha netinha fica me perguntando “vovó, você já está boa?”, porque ela fica querendo que eu brinque com ela de esconde-esconde ou pega-pega e eu tento contornar a situação, né? Fico dizendo: “Vamos brincar de uma coisa mais quietinha? Que a vovó ainda não está conseguindo correr muito” (P1).

Apesar da importância da família na recuperação dos sujeitos Pós-COVID-19, a P1 destaca o paradoxo de se sentir “pressionada” pelas demandas externas de rápida melhora e retorno aos papéis antes exercidos por ela, seja trabalhadora, mãe ou avó.

O sentimento de gratidão aparece direcionado à equipe de saúde (P1) e à própria vida (P2), assim como a oportunidade de poder “ter um recomeço” e experimentar a sensação de “renascimento”.

P2 relata uma nova perspectiva diante da vida após o adoecimento, sentindo-se “mais humilde” e com sensação de renascimento. Já P1, apesar da gratidão pelos cuidados recebidos, traz a angústia em relação às suas limitações pela condição atual. Aponta a falta de algo para que possa finalmente “recomeçar” sua vida.

Partindo das narrativas dos participantes da pesquisa, nos dirigimos para reflexões junto à literatura para auxiliar na compreensão de tais experiências diante do adoecimento e sobrevivência à COVID-19, assim como as repercussões da doença na vida desses sujeitos.

Discussões e Conclusões

No presente trabalho o foco recai sobre as representações trazidas pela pandemia e suas repercussões no psiquismo dos sujeitos que convivem com as marcas do adoecimento grave e da internação hospitalar por COVID-19.

Os pacientes que sobreviveram ao período mais agudo da doença ainda sofrem com efeitos da internação e por possíveis sequelas causadas pela COVID-19 que contam com poucos dados científicos em relação ao fenômeno.

Durante o desenvolvimento da pesquisa houveram algumas situações que nos fazem refletir quanto ao atravessamento do plano individual pelo social, como as formas de governo e políticas de saúde adotadas durante a pandemia.

Percebeu-se certa resistência por parte de alguns participantes na busca de UBS, desconsiderando a própria condição de saúde. Exemplos disso são quando P2 refere que não achava que precisava ir “porque não estava com dificuldade pra respirar” e a irritação de P3 ao ser encaminhado para o hospital porque “só estava com sintoma de gripe”.

Tais movimentos podem ser negação perante o adoecimento, com dificuldade dos sujeitos de entrarem em contato com a realidade que lhes foi imposta. Mas também podem dizer sobre como as políticas de saúde desorientaram e alienaram a população quanto à gravidade da doença.

Com a constatação da afecção e piora sintomatológica, estes sujeitos foram contaminados não apenas pelo vírus, mas também pelo imaginário disseminado em torno da doença. Com a necessidade de internação hospitalar, as fantasias relacionadas a ela, às suas formas de cuidado e à morte acabavam por emergir para além do quadro clínico.

Isso é ilustrado por um sonho da P1 em que ela “via um caminhão se aproximando de um buraco com vários corpos em sacos pretos”, sonho de angústia

em que ela associa a expressão onírica às informações perpassadas pela mídia sobre a situação em alguns lugares do mundo.

Os sonhos dos participantes durante o período de intubação apresentam conteúdos de intensa carga emocional e se esbarram na irrepresentabilidade da morte. Na dificuldade de se representar o inominável, o ego traz esses elementos de maneira amortecida por meio de mecanismos defensivos.

Quando P1 “sonha com a própria morte”, percebem-se manifestações psíquicas inconscientes que fazem alusão ao medo da morte, associadas ao desespero de “ser enterrada viva”. A “ventania no deserto com um termômetro gigante” trazida pelo P2 parece remeter ao terreno árido em que nada sobrevive, com um vento que tenta o carregar para longe. O que se tem é esperança na cura da doença, representado pelo termômetro em que o sujeito se agarra com todas as forças.

Freud (1900-1901) atribui ao sonho a manifestação do desejo inconsciente e a função de guardião do sono. O sonho se torna um dos meios pelos quais o ego busca a resolução, mesmo que provisória, de experiências de difícil representação. Para isso, utiliza-se de mecanismos defensivos para tornar o conteúdo admissível ao psiquismo, pois do contrário atingiriam o campo do insuportável ao sujeito.

Na tentativa de elaboração desses conflitos, o psiquismo realiza incessantes repetições para dar significado ao vivido, restaurando a homeostase psíquica. Freud (1925-1926) denominou este movimento de compulsão à repetição e a caracteriza enquanto fundamental no trauma, juntamente com a ausência de representação do vivenciado.

O atravessamento dos sonhos pelos estímulos externos também merecem atenção, uma vez que dois participantes trouxeram memórias afetivas enquanto intubados. Sabendo que o paciente em coma escuta, evidencia-se a importância e a

qualidade dos estímulos ofertados a estes sujeitos durante a sedação.

Os sonhos parecem simbolizar a luta interna desses pacientes pela sobrevivência. O medo e as fantasias decorrentes deles se esbarravam na realidade à medida em que os pacientes encontravam-se internados em estado grave, sem garantias de recuperação, experimentando também um estado de desamparo.

Em relação ao desamparo, conforme a teoria freudiana, é possível remeter antes à situação de angústia originária, sendo decorrida do estado em que se encontra um recém-nascido. Em razão da imaturidade motora e psíquica do bebê, sua condição de incapaz o coloca a mercê do outro no laço social para lhe dar possibilidades de sobrevivência (Freud, 1926).

A situação marcada pelo nascimento cria um registro mnemônico no psiquismo do sujeito tornando-se um modelo representativo para inúmeras outras situações com as quais o homem se confronta ao longo da existência.

Cabe destacar que o Inconsciente na teoria psicanalítica é atemporal, de forma que apenas na posterioridade da constituição do “eu” é que a experiência de desamparo adquire seu verdadeiro sentido. Antes disso, pela imaturidade biológica e psíquica, é incapaz de se integrar a vivência como experiência, adquirindo a princípio a característica de descarga de excitação psíquica assimilada como desprazer (Freud, 1915).

Nesta perspectiva, o estado de desamparo é típico da condição humana na medida em que revela a falta de garantias sobre a existência do sujeito, sendo a origem desse afeto localizada na experiência traumática primitiva marcada pelo nascimento (Menezes, 2006).

Assim, torna-se curiosa a associação entre o paciente crítico e o bebê recém-nascido. Nos trechos “se não entubasse eu ia morrer” e “se tem que

entubar, tem que entubar”, evidencia-se nesses pacientes o sentimento de impotência e a dependência do outro para sua sobrevivência.

A pandemia de COVID-19 toma esse caráter de potencial traumático, colocando em cheque os recursos científicos, sociais e pessoais disponíveis para lidar com a problemática.

O trauma se dá quando o indivíduo se encontra incapaz de responder a um acontecimento estressor de forma adequada, gerando transtorno e efeitos patogênicos duradouros na organização psíquica do sujeito (Laplanche, J., Pontalis, J. B., 1986).

Sabe-se que a doença e a hospitalização mudam significativamente a rotina do paciente e de sua família. Como visto, o apoio das redes familiar e social tendem a ajudar na contenção das angústias referentes à internação, favorecendo um melhor enfrentamento dessas experiências.

Porém, em contato com a realidade imponente do adoecimento e na falta dos dispositivos familiar e social, exige-se mais dos recursos internos do sujeito para lidar com o evento estressor. Na insuficiência destes, a angústia transborda como sintoma.

No campo da angústia, o discurso técnico-científico parece ainda insuficiente, sendo necessário um outro tipo de escuta que seja capaz de acessar afetações, sentidos, fantasias e medos. Porém, cabe destacar que cada indivíduo possui recursos mais ou menos adaptativos diante de situações de estresse, sendo que a qualidade e a intensidade do que é internalizado correlacionam-se ao momento da estruturação psíquica em que a situação ocorre (Uchitel, 2001).

Pensando nisso e baseado nos relatos dos participantes da pesquisa, percebe-se que o tempo de internação e realização de procedimentos invasivos não necessariamente configuram-se em experiências de trauma para o paciente grave

com COVID-19, de maneira que tal discussão merece um olhar cuidadoso.

Associar a condição de trauma psíquico ao adoecimento grave e às internações parece insuficiente na medida em que os participantes da pesquisa, com suas singularidades e recursos adaptativos, relataram encontrar caminhos próprios para significar o adoecimento. Ao criarem formas para dar seguimento à vida, mostram a potência psíquica diante da situação potencialmente traumática.

No entanto, mesmo com a experiência não incorrendo em um trauma psicológico propriamente dito, não significa que tal adoecimento e desdobramentos dele não suscitem questões de difícil elaboração, como medos, as dores e o sofrimento vivenciados durante a internação e o luto pelo corpo, antes saudável e agora com limitações em sua nova condição.

Em relação às entrevistas realizadas aos sujeitos, percebe-se que apesar de não terem tido caráter clínico, apresentaram algo de terapêutico quando se tornaram espaço para fala das vivências dos participantes, permitindo acesso às suas histórias por meio da linguagem. As significações do vivido como “renascimento” e oportunidade de ressignificação da vida dão indícios do processo de elaboração da experiência.

Dentre os achados, o que talvez mais tenha se aproximado da consolidação da experiência como traumática foi a percepção em relação à familiar do P3 diante de suas sintomatologias e sua narrativa. O ato da familiar colocar o fone de ouvido em interrupção à entrevista pode significar uma tentativa de inibir o desprazer evocado pela revivescência da experiência.

Porém, devido limitações com prazos institucionais para o desenvolvimento da pesquisa e conclusão da Residência do psicólogo pesquisador, acredita-se que a avaliação quanto à constituição do trauma psíquico nesses sujeitos pode ter sido

prejudicada pelo fato de a maioria das entrevistas terem ocorrido com apenas um encontro. Para melhor avaliação, levanta-se a hipótese da importância de um acompanhamento longitudinal desses participantes por maior período.

A ansiedade enquanto sintoma apresentou-se enquanto importante manifestação e é evidenciada tanto na caracterização de pacientes pós-COVID pela literatura quanto em alguns dos participantes da pesquisa.

Parece plausível associar que parte da ansiedade manifestada pelos sujeitos esteja relacionada às sequelas deixadas pelo adoecimento, pois apesar da sobrevivência, algumas marcas permanecem acompanhadas por dúvidas e questionamentos. “Conseguirei retornar as minhas atividades? Voltarei a andar? Minha memória vai melhorar? Poderei voltar a me alimentar normalmente?”. A esperança de retorno a um estado anterior, cura e renascimento se apresenta de forma marcante nos discursos dos participantes. Porém, é difícil especificar o efeito a longo prazo das sequelas da COVID-19, considerando a forma singular que a doença se comporta em cada organismo.

O acometimento de diferentes sistemas no organismo e a diversidade de sinais e sintomas tornam o manejo clínico desafiador, pois ainda não foi possível criar diretrizes baseadas em evidências a serem seguidas (Al-Jahdahmi, Al-Naamani, K., Al-Mawali, A., 2021).

De forma geral, em vez de um cronograma rígido pré-estabelecido, o acompanhamento de indivíduos com COVID Longa deve ser flexível com base em seus problemas em curso. Dessa forma, mostra-se essencial uma linha de cuidado multidisciplinar com atendimento personalizado, envolvendo médicos de diferentes especialidades, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos (NICE, 2020; NHS, 2021).

Com a pandemia ainda vigente e mais de 22 milhões de infectados no Brasil, torna-se essencial a criação e ampliação de locais na rede de saúde que consigam ofertar este tipo de cuidado para a população.

Evidencia-se através da fala da P1 a demanda de um espaço ausente de julgamentos em que se possa conversar sobre os acometimentos da doença e “falar das dificuldades que tem vivido”. Precisa-se de espaços em que a vivência possa enfim se tornar experiência e que os sintomas possam ter outros destinos.

Apesar de não ter sido o foco da pesquisa, evidencia-se a demanda por assistência ao núcleo familiar desses pacientes. Diante da ameaça de perda e impossibilitados de estarem presentes durante a internação, os familiares vivenciam sentimentos de angústia que merecem cuidados e maiores estudos quanto ao fenômeno.

Não acreditamos no esgotamento do tema com esse trabalho, visto a complexidade do fenômeno pandêmico e a maneira singular como cada indivíduo internaliza a experiência. Vivenciamos, entre outras coisas, um momento de fragilidade do ser humano diante da ameaça de morte e políticas de governo ineficientes durante a pandemia. Houve perdas irreparáveis que poderiam ter sido minimizadas se o imperativo pela vida fosse privilegiado em razão da economia.

Apesar disso, os participantes desta pesquisa trazem a mensagem importante de que apesar de tudo isso, existe vida! Para nós, os relatos de perseverança e embate diante da morte simbolizam a luta não apenas destes sujeitos, mas de todos os que se infectaram pelo Coronavírus e continuam a escrever a sua própria história.

Contaminados pelo sentimento de esperança, resta a todos nós a busca por maneiras para amenizar sequelas deixadas pela pandemia, que se manifestam no

cotidiano, na memória das perdas pela COVID-19, por desafios econômicos, adaptações e novas configurações de laços sociais.

Referências

- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. (2021). High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature* 594, 259–264. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>.
- Al-Jahdhani, I., Al-Naamani, K., Al-Mawali, A. (2021). The Post-acute COVID-19 Syndrome (Long COVID). *Oman Medical Journal*, v 36(1): e220. doi: <https://doi.org/10.5001/omj.2021.91>.
- Baig, A. M. (2021) Chronic COVID syndrome: Need for an appropriate medical terminology for long-COVID and COVID long-haulers. *Journal of Medical Virology*, v 93, 5, p. 2555-2556. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.22624>.
- Birman, J. (2020). *O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br>.
- Brasil, L. L. (2011). Michel Pêcheux e a teoria da Análise de Discurso: desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. *Linguagem: Estudos e Pesquisas*, [S. l.], v. 15, n. 1. doi: <https://www.revistas.ufg.br/lep/article/view/32465>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, v 395, p. 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

- Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., ... Akrami, A. (2021). Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. *EClinicalMedicine* 38, 101019. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>.
- Freud, S. (1996/1915). O Inconsciente. In: *E.S.B. Op. Cit.*, vol XIV – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996/[1900-1901]). Interpretação dos Sonhos. In: *E.S.B. Op.cit.*, Vol. II – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996/[1916-1917]). Freud em Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *E.S.B. Op.cit.*, v. XVII – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996/1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *E.S.B. Op.cit.*, v.XX. – Rio de Janeiro: Imago.
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Hosey, M. M., Needham, D. M. (2020). Survivorship after COVID-19 ICU stay. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 6, n. 1, p. 1-2. doi: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0201-1>.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1986) *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Minayo, M. C. De S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Menezes, L. S. (2004). *Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade - Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- National Health Service – NHS. (2021). Long COVID: the NHSplan for 2021/22. Recuperado de: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2021/06/C1312-long-covid-plan-june-2021.pdf>.
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. (2020). *COVID-19 rapid*

guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Recuperado de:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>.

Needham, D. M., Davidson, J. Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., ... Votto, J. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, v. 40, n. 2, p. 502-509. doi: <https://doi.org/10.1097?CCM.0b013e318232da75>.

Ranzani, O. T., Bastos, L. S. L., Gelli, J. G. M., Marchesi, J. F., Baião, F. Hamacher, S., Bozza, F. A. (2021). Characterisation of the first 250.000 hospital admissions for COVID-19 in Brasil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med*; 9: 407-18. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9).

Rocha, F. R. da. (2019). Frequência e fatores associados à mortalidade e déficit cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade em sobreviventes de unidade de terapia intensiva: um estudo de coorte prospectivo (Tese de Doutorado, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, Brasil). Recuperado de <https://repositorio.unesc.net/handle/1/7316>.

Teich, V. D., Klajner, S. Almeida, F. A. S. de, Dantas, A. C. B., Leselva, C. R., Torritesi, M. G., ... Neto, M. C. (2020). Epidemiologic and clinical features of patients with COVID-19 in Brazil. *Einstein* (São Paulo), v. 18. doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022.

Uchitel, M. (2021) *Neurose traumática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) situation dashboard*. Geneva: WHO.