



Contemporânea

Contemporary Journal
3(11): 20455-20478, 2023
ISSN: 2447-0961

Artigo

DE VOLTA PARA CASA: NARRATIVAS DE RECUPERADOS E SEQUELAS DA COVID-19

BACK HOME: NARRATIVES OF RECOVERED AND SEQUELS OF COVID-19

DOI: 10.56083/RCV3N11-032

Recebimento do original: 29/09/2023

Aceitação para publicação: 03/11/2023

Daniele Mometti-Braz

Doutoranda em Saúde Coletiva

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Endereço: Rua Vital Brasil, 80, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas – SP, CEP: 13083-888

E-mail: danimomettibraz@gmail.com

Rosana Teresa Onocko-Campos

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Endereço: Rua Vital Brasil, 80, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas – SP, CEP: 13083-888

E-mail: rosanaoc@unicamp.br

RESUMO: Este estudo foi realizado com brasileiros, se utilizando das narrativas para dar visibilidade às experiências dos participantes, e tem por objetivo compartilhar da compreensão da experiência da enfermidade Covid-19, assim como de algumas possíveis sequelas funcionais e dos transtornos mentais do pós-Covid-19. Neste trabalho, procurou-se analisar duas narrativas de recuperados da doença que vivenciaram o tratamento no âmbito hospitalar, passando pela internação e intubação. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista aberta. Já a abordagem teórico metodológica para análise foi a da construção narrativa-hermenêutica. Dentre as sequelas funcionais, identificou-se, por exemplo, estenose traqueal, lesões pulmonares e neuropatia na perna. Já em relação ao transtorno mental, identificou-se temporariamente medo, depressão e angústia. No enfrentamento, se tornaram fatores preponderantes o escudo da fé e o sentido da experiência em se tornar um testemunho encorajador



de superação e esperança para os demais, assim como para o respeito dos cuidados preventivos para não contaminação.

PALAVRAS-CHAVE: Narrativa, Recuperados, Sequelas, Pós-COVID-19.

ABSTRACT: This study was carried out with Brazilians using the narratives to give visibility to the experiences of the participants, and aims to share the understanding of the Covid-19 disease experience, as well as some possible functional sequelae and post-Covid-19 mental disorders. In this work, we tried to analyze two narratives of those recovered from the disease who experienced treatment in the hospital, going through hospitalization and intubation. As an instrument of data collection, an open interview was used. The theoretical methodological approach to analysis, on the other hand, was that of narrative-hermeneutic construction. Among the functional sequelae, for example, tracheal stenosis, lung injuries and neuropathy in the leg were identified. Regarding mental disorder, fear, depression and anguish were temporarily identified. In coping, the shield of faith and the sense of experience in becoming an encouraging testimony of overcoming and hoping to others, as well as respecting the respective preventive care for non-contamination, have become preponderant factors.

KEYWORDS: Narrative, Retrieved, Sequels, Post-COVID-19.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

1. Introdução

O presente estudo aborda a temática das sequelas funcionais e dos transtornos mentais de pacientes intubados e recuperados da Covid-19. Justifica-se pela importância, exclusividade e gravidade do tema da pandemia Covid-19. Visa analisar uma amostra qualitativa de dois brasileiros, que vivenciam a experiência da Covid-19, passaram pela internação, intubação e tiveram sequelas no âmbito funcional e/ou mental. O estudo se utiliza das narrativas dos participantes dando visibilidade aos



impactos da doença nas comunidades em geral. Dentre os objetivos da pesquisa estão:

- Analisar a vivência e o enfrentamento dos sujeitos no contexto da doença;
- Identificar as emoções, sentimentos e pensamentos subjacentes às narrativas dos participantes;
- Identificar os impactos pós-covid-19.

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde decretara a COVID-19 como uma pandemia (WHO, 2020)¹, uma vez que temos sua disseminação a nível mundial.

Até o dia 5 de maio de 2023, data em que a OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à Covid-19, registravam-se 430.257.564 casos confirmados de Covid-19 e 5.922.049 de mortes, e no Brasil havia 28.484.890 casos confirmados e 646.419 mortes². No Brasil tivemos uma taxa de mortalidade de 2,5% e uma significativa taxa de recuperados de 87,8%. dados pelo Ministério da Saúde³.

Em maio de 2020, uma nota do ministério da saúde⁴⁽³⁾ cita “considerando que alguns Estados, Municípios e hospitais da rede privada já estabeleceram protocolos próprios de uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para tratamento da Covid-19”. No entanto, o Conselho Nacional de Saúde⁵⁽¹⁾ entende “que não existe qualquer evidência científica de medicamentos para tratamento da Covid-19, precoce ou não”.

Estudos do grupo Coalização Covid-19 Brasil (formado por oito organizações de saúde do país: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital do Coração – HCor, Hospital Sírio-Libanês, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Brazilian Clinical Research Institute -BCRI e Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva - BRICNet) revelou que azitromicina em pacientes com casos graves de coronavírus (Sars-CoV-2) é ineficaz, com taxa de óbitos foi de 42%⁶, assim como a ineficácia da hidroxicloroquina no tratamento de pacientes em



estados leve e moderado⁷ e a eficácia da dexametasona no tratamento de pacientes graves⁸. Ainda, estudos do grupo⁹ mostram que cerca de 25% dos pacientes intubados com Covid-19 morrem por sequelas após alta e 40% dos pacientes que estiveram na UTI precisam ser internados novamente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde¹⁰ cerca de 80% se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar.

Dizia Swami Paatra Shankara¹¹ “sem plateia não há show”, uma vez que o vírus se reproduz comandando uma célula hospedeira e usando seu maquinário para fazer mais vírus¹², a transmissão do SARS-CoV-2 (vírus que causa a doença COVID-19) se dá principalmente de pessoa a pessoa (a plateia humana), quer pelo contato pessoal próximo com pessoas infectadas ou ao tocar objetos e superfícies contaminadas¹⁰, ocorrendo assim o contágio (o show pandêmico).

E que impacto este novo personagem da microbiologia pode apresentar no palco de cada organismo humano! Como mencionou o New York Times¹³ “pacientes com coronavírus são traídos por seus próprios sistemas imunológicos.” Este vírus pode causar uma reação imune excessiva, mediante uma ‘tempestade de citocinas’¹⁴, tal como a Interleucina-6 (IL6), produzida por leucócitos e estimulando uma cascata inflamatória, resultando em danos extensos a diferentes tecidos. Ou seja, se perdendo em sua própria tentativa de salvar-se a si mesmas, tal ativação excessiva do sistema imunológico pode ser responsável pela a maioria das ‘manifestações sistêmicas’, incluindo as alterações neurológicas¹⁵⁽⁵⁾.

Pacientes que testam positivo podem apresentar: cefaleia, vertigem, alterações do estado da consciência e epilepsia, além de sequelas graves de encefalite, doença cerebrovascular aguda, encefalopatia (principalmente a necrosante aguda) e mielite pós-infecciosa, tendo como principais manifestações neurológicas as doenças cerebrovasculares apresentadas de



forma aguda, alterações do nível de consciência, bem como as encefalites. Ocorrendo ainda, em pacientes com apresentações sistêmicas mais graves, manifestação de sintomas neurológicos que podem causar sérios danos à estrutura e função do SNC¹⁶.

Segundo Mazza et al¹⁷ processos infecciosos podem causar alterações do sistema imune e estas podem induzir a psicopatologia e sequelas psiquiátricas, como foram observadas após exposição ao coronavírus em epidemias anteriores como a SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) e a MERS (Middle East Respiratory Syndrome). Um estudo de autoavaliação quanto a sintomas psiquiátricos com 402 sobreviventes de Covid-19, mostrou uma faixa psicopatológica de 28% para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), 31% para depressão, 42% para ansiedade, 20% para sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e 40% para insônia. No geral, 56% pontuaram na faixa patológica em pelo menos uma dimensão clínica. Considera-se, ainda que os coronavírus podem induzir sequelas psicopatológicas através de infecção viral diretamente no sistema nervoso central ou indiretamente através de uma resposta imune¹⁸.

A Organização Pan-Americana da Saúde¹⁹, em um documento de alerta epidemiológico sobre as complicações e sequelas da Covid-19, menciona que há diferentes tipos de sequelas, principalmente em pacientes que tiveram quadro clínico grave, dentre elas estão sequelas no sistema respiratório, sequelas no sistema cardiovascular, sequelas neuropsiquiátricas e sequelas psicológicas.

Em publicações nas revistas científicas *New England Journal of Medicine* e *Brain*²⁰ podemos evidenciar de sintomas neurológicos em pacientes pós-Covid-19. Os quais variam de dificuldades cognitivas à confusão mental, além de dor de cabeça, perda de olfato e formigamento, assim como encefalites, hemorragia, trombose, AVC isquêmico, mudanças necróticas e Síndrome de Guillain-Barré, condições neurológicas nem sempre correlacionadas com a severidade de sintomas respiratórios.



Resultados preliminares de uma pesquisa com pacientes recuperados de covid-19, acompanhados pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP ²¹, revelam que 64% tiveram algum sintoma persistente seis meses depois do início dos sintomas. Dentre os principais sintomas persistentes: fadiga, falta de ar, dor de cabeça, perda de força muscular, dificuldade para enxergar ou incômodo nos olhos.

Existe uma preocupação que recai tanto com os danos físicos da doença, por exemplo sequelas cardiovasculares, quanto com os traumas que esta acarreta no âmbito psicológico, em que ao nível neurológico teremos danos seja a nível celular ou, a própria infecção pode causar traumas que afetam a nossa capacidade cognitiva e que podem resultar em transtornos, síndromes ou outras variáveis futuras ²². Sendo, portanto, preocupante a saúde mental da sociedade em geral que está, a nível geracional, a vivenciar algo deste tipo pela primeira vez²². Sem contar com os riscos psicológicos das consequências de vivência da quarentena e isolamento²³, mas que não é nosso enfoque aqui.

Mas, é válido pensarmos que exista também nas pessoas o *próprio medo da morte*, em relação a si mesmo ou para com seus familiares. Freud²⁴⁽¹²⁹⁾ escreve sobre a angústia da morte:

"a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor, de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam." Menciona ainda que "é sempre a atitude de ansiedade do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão."²⁴⁽¹¹¹⁾

Todavia, mesmo em meio a momentos críticos, as pessoas podem encontrar condições positivas diante de tal cenário como, por exemplo, se orgulhar por terem encontrado alternativas para lidar com a situação, assim como se reorganizarem na sociedade, emergir nos membros das comunidades o altruísmo e a cooperação, em que as pessoas experimentam assim um sentimento de satisfação em poder ajudar uns aos outros.



Provocando inclusive reflexões sobre o que a pandemia diz sobre nós. Desta forma, a construção de um sentido para o que é vivenciado também traz consigo certo alívio²⁵, e por que não, saúde mental?

E se para uma pessoa a construção de um sentido para o que é vivenciado traz um certo alívio, então, por que não assistirmos ela e darmos a devida visibilidade à sua história?

Buscamos, portanto, esse sentido, que não é dado, e sim “achado, descoberto, compartilhado em uma cadeia de significações que nos junta a outros humanos”, de acordo com Onocko-Campos²⁶⁽¹²⁷⁶⁾.

Buscamos construir essa fresta pela narrativa, na medida em que ela trata “de objetos simbólicos, que estão na cultura e, portanto, compartilham de uma articulação com o público: por isso há sempre, então, uma interação”. A “atividade narrativa permite ao sujeito a restituição de sua verdade histórica, o que dá acesso a ressignificações, ou seja, autoria da própria história.”²⁶⁽¹²⁷⁴⁾

Portanto, para trabalharmos com a narrativa, partimos da prerrogativa que nossos sujeitos de pesquisa não mentem, não inocentando - é claro - nosso entendimento de que exista sempre uma certa violência da interpretação²⁷. Sendo o intuito deste estudo, então, não o de buscar revelar significações por trás do texto, senão “procurar colocar um mundo na frente dele”, como aconselha Ricoeur²⁸. Desta forma, valoriza-se mais a possibilidade de dizer, de tomar a palavra, do que meramente suspeitar do que foi dito.

2. Material e Métodos

Trata-se de estudo qualitativo, entendendo que se define por qualidade: “um aspecto da experiência diferente de todos os outros na espécie e que serve, portanto, para distinguir ou identificar essa experiência. Nesse sentido, é uma categoria que não pode ser expressa numericamente



(oposto de quantidade) nem é suscetível de variações de intensidade, extensão ou grau.”²⁹⁽³²³⁾

Mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE 34443420.5.0000.5404, realizou-se o recrutamento por meio de divulgação do projeto pesquisa via grupos de whats app. Sendo apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes, o qual menciona as gravações (áudio e vídeo) dos encontros e o compromisso de se manter o sigilo da identidade. No caso, participou dois usuários do interior do estado de São Paulo que haviam recentemente passado pela experiência de intubação e internação.

Como estratégia para a coleta dos dados utilizamos a entrevista individual aberta para alcançar a subjetividade daquele que vivencia a experiência da enfermidade. Os dados das entrevistas foram coletados de forma on-line, via recurso tecnológico zoom.

Escolhemos a metodologia narrativa, como a mais adequada para buscar a compreensão da experiência da enfermidade.

Foram realizados 2 encontros com cada sujeito da pesquisa de cerca de 1 hora cada. Divididos nas seguintes etapas:

- Primeiro encontro virtual para realização da entrevista com o participante, utilizando-se do método da associação livre, com o enfoque na experiência da doença.
 - Formulário de caracterização sociodemográfico.
 - Livre manifesto, por meio da entrevista.
 - Posteriormente foi produzida a narrativa mediante a síntese de seus principais núcleos argumentais³⁰.
- Segundo encontro virtual para o encontro hermenêutico, ocorrendo nele a leitura da narrativa, seu aprofundamento quando necessário e validação pelos entrevistados.

As dimensões presentes e constitutivas da interpretação nesta forma de trabalho com narrativas^{26,30} são as da análise e da construção conforme



Freud³¹. Quando oferecemos ao sujeito entrevistado uma versão compreendida por nós da sua história, este retoma sua cadeia associativa ao se manifestar, e consegue muitas vezes aprofundar suas próprias análises e reflexões sobre a experiência. Desta forma, emprestarmos do método psicanalítico, para se trabalhar na entrevista aberta on-line, a regra da associação livre (convidando o sujeito a expressar tudo aquilo que pensa, imagina e experimenta dentro da situação, fala livre).

3. Resultados e Discussão

Neste estudo compartilhamos a história de dois homens, ambos residentes no estado de São Paulo, que sofreram a Covid-19. O primeiro entrevistado (E1) possui 32 anos, masculino, comerciante, casado, branco e evangélico. Ficou ao todo 14 dias internado, sendo 7 dias entubado na UTI. Já o segundo entrevistado (E2) possui 39 anos, masculino, vendedor em uma empresa farmacêutica, casado, pardo e católico. Ficou ao todo 39 dias internado, sendo 31 dias intubado na UTI.

Nos resultados pudemos identificar quatro categorias: a contaminação, a internação, a intubação e o pós-Covid, o retorno para casa.

3.1 A Contaminação

Como menciona E1 “você não sabe de quem você pegou”, mas ele acredita que se contaminou em seu ambiente de trabalho “no comércio, tem muita gente... nem usava máscara na loja, então foi um dos motivos que facilitou eu ter pego”.

E2 argumenta “peguei a Covid-19 no próprio pronto-socorro... em que dá exatamente a janela de tempo de meu quadro. Mediante os relatos os entrevistados demonstraram fazer parte do grupo de risco¹⁰. E1 declarou



“sou de grupo de risco tenho Bronquite, é um problema pulmonar e uma coisa que pesou também na balança foi um pouco de sobrepeso.”

E E2 declarou que na ocasião “estava com a imunidade baixa”.

As questões culturais, são fatores que demonstram influenciar e dificultar a prevenção. O fato de subestimar a doença como alegou E1 ao dizer “não tinha medo de pegar o vírus, pois eu não acreditava”. E2 endossa “Culturalmente falando, a sociedade não está preparada... se você usa máscara em determinados lugares você vai sendo taxado diferente...”.

Segundo Freud³² a negação é um dos mecanismos inconscientes descritos como um modo de defesa do ego para enfrentamento do sofrimento, neste sentido, as pessoas podem negar a situação atual e, conseqüentemente, relaxar seus cuidados com as medidas preventivas como, por exemplo, o uso da máscara.

Pode existir também um pensamento de que isto é uma realidade a ser encarada até que venha uma vacina ou que as pessoas vão ficando imunes à medida que a doença é transmitida, como diz E1: “todo mundo vai pegar. Esquece, não tem para onde correr, não tem! Só se você se fechar dentro de um quarto e nunca mais sair. Ou todo mundo pega ou sai a vacina.”

Percebemos, ainda, que o fator econômico, é um determinante para o comprometimento de medidas preventivas como a do isolamento. Vemos que tanto E1 que é autônomo, quanto E2 que é trabalhador registrado tem a preocupação com a renda e a necessidade de estar trabalhando mesmo que esteja correndo risco novamente, mencionado por E1:

Eu não tenho condições de ficar em casa, entendeu? Se eu tivesse condições eu ficaria... afinal vai morrer de fome ou vai morrer com vírus?... Se você virar e falar para mim: você é do grupo de risco, pode pegar de novo, corre o risco de morrer e você vai ter que ficar com a sua loja três meses fechada, eu não fico! eu vou para loja, se tiver que morrer assim eu vou morrer.



E1 faz, ainda, uma contraposição da saúde ao dinheiro: “Eu só pensava em trabalho... Meu faturamento chegou a cair quase 85%.... Hoje deu uma desacelerada... não estou mais naquela loucura de querer dinheiro. Pois, estando bem de saúde a gente resolve qualquer problema”, e dá, inclusive, um enfoque na importância da saúde mental, “o maior problema é quando você está mal de saúde, mal de cabeça.”

Já E2, acostumado a uma determinada renda, se vê muito aquém dela mediante o auxílio da previdência social que até então havia utilizado ao estar afastado do trabalho, quando “quis voltar a trabalhar, voltar para folha de pagamento. Afinal, quem aguenta continuar no INSS? Pelo amor de Deus! Ninguém merece... todos os pacientes afastados por Covid ganham o teto máximo de 1045,00...”.

Destacamos aqui uma importante reflexão, sendo justo levarmos em consideração que a pandemia é uma situação mundialmente nova e que de um país para o outro há diferentes realidades sociais e econômicas, porque não dizer que há diferenças ainda dentro do próprio país, como o é no Brasil de um estado para o outro, ou até mesmo de uma cidade para outra. No entanto, percebe-se pela fala dos participantes que melhores políticas públicas no âmbito da segurança social, por exemplo, poderiam ser um dos fatores favoráveis à uma gestão mais eficaz nos caminhos pessoais de cada um e seus efeitos percorridos na pandemia, assim como possibilitar uma maior adesão para com medidas preventivas de enfrentamento, dentre elas o lockdown. De acordo com **Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental**³³ em geral, os países reagem à crise da Covid-19 com mais políticas públicas priorizando medidas de manutenção dos empregos, da renda e de auxílio aos mais vulneráveis.



3.2 Internação

Em ambos os casos, a necessidade de ir para o hospital foi por causa, principalmente, do mal-estar respiratório.

E2 menciona que foi para o hospital, mas que inicialmente foi “diagnosticado com virose...”, mesmo diante de sintomas pertinentes com a doença, quando assim relata:

Eu estava com tosse, dores no corpo e coriza, só nada de febre, nada de ausência de paladar, nada disso. No segundo dia, cogitaram que poderia ser um possível refluxo decorrente ao nível de estresse do meu trabalho... muita dor, com uma tosse bem tensa... após alguns dias não estava conseguindo respirar.

E1 foi três vezes “para o hospital... indo de injeção em injeção” até ser internado quando já sentia afetado sua “parte pulmonar”, pois “estava sofrendo, estava com dor por causa da respiração”.

A demora ao “pedirem exame”, assim como equívocos no “diagnóstico” foram dificuldades encontradas antes da internação. E2 expressa, ainda, sua preocupação também com outras pessoas “quantos E2 também receberam diagnóstico de virose, refluxo e não tiveram tempo de serem tratados adequadamente”. Vale lembrar, que ambos os participantes adoeceram mais próximo ao início da pandemia, na ocasião algo ainda muito novo para os profissionais da saúde.

Assim como a própria medicação, que ainda é alvo de estudos para o tratamento mais apropriado.

Ao serem internados ambos entrevistados passam a ser medicados praticamente pelos mesmos remédios:

E1 “Tomei cloroquina, Azitromicina...”

E2 “tomei Cloroquina, Azitromicina e retroviral, que eu acredito que tenha sido a Ivermectina”



Resultados de estudos pelo grupo Coalizão Covid-19 Brasil tem questionado a eficácia da Azitromicina e Cloroquina^{6,7}.

3.3 Intubação

Considerada um dos últimos recursos na evolução à gravidade, chegou a tão temida intubação, enquanto um procedimento invasivo, mas que para E1 que “estava sofrendo, estava com dor por causa da respiração” foi tido como a de um “alívio à falta de ar”. E1 ainda afirma “ser intubado foi a melhor sensação da minha vida, justamente a de não sentir nada. Ali resolveu meu problema, eu ali já entubei e parei, porque se eu morresse ali eu não ia sentir dor, não ia sentir nada.”

Já E2, que teve um quadro mais agravado, pouco lembra de seu momento inicial de internação: “quando eu cheguei, eu me deitei na maca, eles foram fazer os exames. Eu apaguei e foi aonde já me intubou”.

E2 teve complicações pós-intubação decorrentes da intubação prolongada³⁴ precisou passar com procedimento cirúrgico:

[...] pegaram autorização com a minha esposa para fazer a traqueostomia, uma vez que não poderia ficar mais tempo entubado, pois poderia dar problemas neurológicos... Tentaram tirar a intubação, mas o meu pulmão não reagiu. Não poderia ficar mais tempo entubado, pois poderia dar problemas neurológicos. Então, tiraram a intubação e fizeram a traqueostomia em mim. Eu fiquei muito tempo entubado... o tubo machuca a traqueia e gera o edema e esse edema vai crescendo e fechando a traqueia. Diagnosticaram o edema na traqueia, chamado de estenose traqueal. Um mês depois eu fiz o primeiro procedimento.

E2 teve, ainda, diversas *sequelas funcionais*:

[...] desenvolvi uma neuropatia na perna esquerda. Eu cheguei a perder um pouco do movimento do dedão esquerdo e a perna eu sinto fragilizada, eu sinto dormência todo dia. Então, todo dia tem que tomar



analgésicos ou relaxante muscular. Devido a muito tempo acamado não tinha coordenação motora para trocar o canal da TV, para mexer no telefone, eu ainda estava de fralda, defecando e urinando na fralda. tive muitas lesões no pulmão, que meu pulmão parecia uma espuma cheia de água. Na verdade, eu tive muita coagulação no pulmão. Perdi 20 quilos... De lá eu tive mais duas internações para fazer a broncoscopia, eu tive um problema sério de respiração.

As medicações administradas para manter o paciente sedado durante a intubação, e que segundo a cartilha de intubação orotraqueal cita pelo menos 9 drogas necessárias para este procedimento³⁵, contribuem posteriormente para um desconforto psicológico como afirma E1: “É muita coisa forte que eu tomei mexeu muito com a minha cabeça...”.

Assim identificamos também na fala de E2:

[...] começaram a tirar a sedação com antipsicóticos, porque eu tive muitas alucinações. Tomei uma carga de medicamentos absurda de antipsicóticos, de antidepressivos, morfina a níveis cavalares, inclusive quetiapina na dosagem máxima.

Percebe-se, ainda, sequelas que impactam a saúde mental, onde o paciente é tocado pela inédita experiência que esta doença produz, como relata E2:

[...] leito de UTI, isolado 100%. Nesses momentos eu acho que entram algumas perguntas a serem feitas... Realmente a questão psicológica fica comprometida naquele momento, aliás não somente naquele momento pois, por exemplo, de lá eu tive mais duas internações. Eu não falava direito mesmo, porque eu não tinha como né... era intubação. E as pessoas que vinham e adentravam na minha sala, elas não poderiam muito se comunicar, porque estavam todas paramentadas. Então, o fator psicológico de um paciente de Covid... se tivesse talvez um tratamento mais humanizado... Por exemplo, trazer um tablet com fotos ou chamada de vídeo da família... Pois, só o fato de saber que as pessoas que você se importa, elas estão do outro



lado sabendo como você está... algumas notícias da sua família do mundo externo, você tendo esse acesso eu acho que melhora muito a cabeça do paciente.

Porque não dizer que a própria questão do 'isolamento' no hospital se torna uma luta pela saúde mental. Como menciona E1: "ficar longe da família sem contato com ninguém... Eu fiquei isolado totalmente.". Ou ainda, E2:

Eu fiquei num aquário, como um peixe, com uma parte de vidro onde as pessoas transitavam lá fora. E mediante a tudo isso eu acho que desenvolvi a síndrome do jaleco branco... Você fica extremamente dependente... Você entra naquele padrão psicológico, você está isolado, não sabe o que está acontecendo lá fora, não consegue se comunicar... Eu fiquei isolado comigo mesmo, não conseguia me expressar, não consegui escrever, não consegui andar. Então, eu me senti no estado vegetativo, obviamente, com bastante consciência, você faz conjecturas e tenta refletir na mente, o que você está fazendo ali?

Parece que só o fato de estar consciente do que está acontecendo traz uma sensação de alívio na angústia do desconhecido, como relata E1: "o médico acalmava a gente, sendo sempre positivo: "está tudo em ordem... você está piorando, você está melhorando...". Ao serem questionados sobre as estratégias para enfrentamento do sofrimento psicológico e para a preservação da saúde mental, os entrevistados trouxeram, unanimemente, uma correlação com a fé. E1 diz:

A única estratégia, foi me apegar com Deus, não tem outra, foi onde eu me apeguei, eu consegui me recuperar da parte da cabeça, foi me libertando, se não for isso aí não tem como, porque não tem remédio, não tem estratégia para você sair, não tem como eu vou fazer isso aqui e vai dar certo. É uma coisa que se torna fora da sua realidade, está longe de você, está longe do médico, é você e Deus, se não, você não consegue.



E E2: “aumentou muito a questão da minha fé que quando você está no leito de uma UTI, aí você fica uma conexão direta com o seu ser superior.”

Segundo Chequini³⁶ “dentre os vários fatores que compõem o processo resiliente, a espiritualidade se destaca como um mediador capaz de dotar o indivíduo de recursos importantes para a superação de adversidades”. Como se, acima de tudo, o que se deve guardar é a mente, os pensamentos!

3.4 Pós-Covid, de Volta para Casa

Ao longo deste estudo percebe-se que as sequelas na saúde mental demonstram ser mais incidentes do que as sequelas funcionais, uma vez que estas dependem em sua maioria quanto a exposição a um período prolongado de intubação, enquanto a saúde mental além de aparecer em ambas as situações repercute numa maior extensão ao afetar os familiares do paciente, como menciona E1: “A minha esposa chegou a pegar e não aconteceu nada com ela, porém psicologicamente minha esposa sofreu muito mais do que eu.”. Assim como, identifica-se que E1 é impactado, ao estar recuperado e voltar para casa, e vir a ter consciência de tudo que passou lá no hospital enquanto esteve em coma:

Só vi a gravidade da situação quando eu saí aqui fora, pois lá dentro estava tudo normal... Pois, quando eu saí, me dei conta..., tive começo de pânico, medo, depressão... Foi muito forte, eu sofri mais aqui fora. Me abalei psicologicamente... passou muitos pensamentos negativos... daí você chora, porque você vê que nasceu de novo, daí você vê a gravidade, aí vem tudo à tona. Foi aonde que mexeu com meu psicológico, mexeu com a minha cabeça, entendeu? foi aonde que me abalou foi aonde que eu sofri. Portanto, meu pós dessa doença foi pior do que lá dentro.

A revista *Lancet Psychiatry*³⁷ publicou um estudo, realizado por pesquisadores da Universidade de Oxford, contendo uma análise de dados de 236.379 pacientes nos EUA, o qual mostrou que um terço desenvolveu



doenças mentais ou neurológicas seis meses depois de terem se recuperado da doença. Entre elas estão ansiedade, depressão e demência.

Interessante que a saúde mental no pós-Covid, a volta para casa, pôde encontrar espaço na própria experiência, aos esses entrevistados trazerem significado enquanto um propósito de vida para eles, como alega E2:

Fiquei famoso aqui na minha região. Foi logo no início e era tudo muito novo e inclusive não tinha UTI aqui na minha cidade e por isso gerou uma certa repercussão... Quando retornei para casa, houve muita emoção das pessoas ao redor... você perceber o quanto você é querido. Quantas pessoas fizeram correntes de orações... O E2 deixou de ser uma matrícula, passou a ser o E2 da Covid... Você acaba virando uma referência como um cara que sobreviveu a um grau mais severo de uma doença ... as pessoas se aproximam para saber quais são suas dicas... de que a esperança não está perdida. O papel de eu disseminar e contar o meu testemunho nada mais do que uma forma de levar esclarecimentos as pessoas... comecei a valorizar as pequenas coisas...

Para E1 sair do hospital “foi nascer de novo”, compartilha sobre seu retorno para casa “pequenas coisas se tornaram grandes... importante mesmo é a saúde e a família, é isso que eu aprendi.”. Diz ainda “estou trabalhando normal, graças a Deus, voltou até melhor do que estava...”. E que segundo E2, voltar para casa foi dar uma oportunidade de:

...toda essa experiência também serviu para eu ficar mais próximo da minha filha, minha esposa e a minha casa. Assim como, me aproximar de algumas pessoas que de alguma forma nós tínhamos barreiras... as pessoas se aproximam para saber quais são suas dicas... de que a esperança não está perdida.

Assim, eles se reconhecem como fator de influência ao ajudar para que outros tenham esperança de que se adoecerem também poderão sobreviver ou, ainda, entendem que podem contribuir na desconstrução de paradigmas culturais que não contribuem para os respectivos cuidados com a saúde



como diz E1 “através de mim muita gente ao redor começou a se cuidar mais”. Aliás, E1 fala sobre ele mesmo em relação aos cuidados “hoje existe um respeito” quanto ao uso da máscara, por exemplo.

Então, nos damos conta de que ter saúde mental para quem está arriscando em se contaminar aí fora pode ser tão desafiador quanto para quem está lá dentro do hospital recebendo cuidados para uma doença que, na verdade, não tem um tratamento definido, e assim todos, quer de dentro ou de fora do hospital, lutam para sobreviver a este momento pandêmico.

Ao final, constatamos que a própria experiência na participação deste estudo passou a ter um significado como foi explicitado por E2: “É importante esse desenvolvimento de estudos, para entender o lado psicológico que fica... um olhar mais humanizado da situação.”

4. Considerações Finais

Mediante este estudo pode-se identificar que sequelas funcionais apareceram no caso mais grave devido ao prolongamento da internação, a começar por ficar tempo acamado o entrevistado desenvolveu uma neuropatia na perna esquerda, e o tempo prolongado do uso do respirador repercutiu em uma estenose traqueal, além das lesões pulmonares, necessitando posteriores procedimentos cirúrgicos.

Já consequências em relação ao transtorno mental percebeu-se que houve, de fato, uma carga forte de medicamentos como antipsicóticos, antidepressivos, morfina, além dos específicos administrados, que de uma certa forma repercutiu nas reações do comportamento da pessoa. Porém, o tornar-se consciente da experiência e do que se passou parece provocar na pessoa uma mistura de ansiedade, principalmente, quando se está ainda na condição de paciente, como um guerreiro pela vida, onde a fé se torna um escudo dos diversos pensamentos que confrontam a mente, dentre eles, o pensamento de morte.



Mas, como diz provérbios “O espírito pode sustentar uma pessoa quando ela estiver doente, mas o espírito abatido, quem o suportará?”³⁸⁽⁹⁸¹⁾, é então que pensamentos de paz, como o de voltar para casa se tornaram gatilhos de esperança, e percebe-se que há uma busca de sentido de tudo aquilo que se passou, concorrente até mesmo contra a depressão, pelo menos até encontrar um significado resultante de sua experiência. É como uma história de superação, que traz ao experienciado um valor de legado, como o de deixar um exemplo de alerta sobre os cuidados preventivos, as demais pessoas, assim como se esforçando ao máximo para não precisar passar por tal experiência novamente, pelo menos fazendo a parte que nos cabe.

Aprendemos suficientemente pelas histórias que por estes dois sujeitos nos foram contadas. Assim como, de que há esperança, ainda que se “atravesse vales de escuridão mortal”³⁸⁽⁸⁴⁰⁾!

Por fim, desejamos que este estudo destaque um arcabouço de conhecimentos que precisa muito ainda ser explorado mediante novos estudos referente a este tema.

Agradecimentos

A Deus, a Jesus e ao Espírito Santo. À orientadora, Profa. Dra. Rosana Onocko. Ao meu esposo, Fábio Braz, e ao meu filho, João Mometti Braz. Aos meus pais, Wilson e Marli. A cada familiar e aos amigos que oraram por mim. A Alice Andrade. A todos os participantes da pesquisa, que contribuíram para a elaboração de todo o seu conteúdo. Ainda, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

“Porque nEle vivemos, e nos movemos, e existimos. Glória, pois, a Ele eternamente. Amém.” (Bíblia Sagrada)



Referências

1 WHO. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 01]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em 01/04/2020.

2 WHO. Painel DO OMS Coronavirus (COVID-19) [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 01]. Disponível em: <https://covid19.who.int>

3 Brasil. Ministério da Saúde. Brasil registra 11.436.189 milhões de pessoas recuperadas [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 01]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-registra-11-436-189-milhoes-de-pessoas-recuperadas>

4 Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19 [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/COVID-11ago2020-17h16.pdf>

5 Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. CNS pede que Ministério da Saúde retire publicações sobre tratamento precoce para Covid-19 [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1570-cns-pede-que-ministerio-da-saude- retire-publicacoes-sobre-tratamento-precoce-para-covid-19>

6 Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM et al. Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil. Lancet Respir Med [internet]. 2021 Jan [acesso em 2021 abr 5]. Disponível em: [https://thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30560-9/fulltext](https://thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30560-9/fulltext).

7 Cavalcanti AB, Zampieri FG, Rosa EG et al. Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19. N Engl J Med [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 5]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2019014>.



8 Tomazini BM, Silva MVAO, Baldassare FP et al. Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19. *Journal of the American Medical Association, JAMA* [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 6]. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770277>

9 Folha de S.Paulo. Após alta hospitalar, 25% dos pacientes intubados por Covid morrem por sequelas [internet] 2021 [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/02/apos-alta-hospitalar-25-dos-pacientes-intubados-por-covid-morrem-por-sequelas.shtml>

10 OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 [internet]. 2020 Abr [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 . Acesso em: 30/04/2020.

11 Shankara SP. Sem plateia não há show [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MjI2NzQwOQ/>

12 Khan Academy. Introdução aos vírus [internet]. 2017 [acesso em 2021 abr 7]. Disponível em: <https://pt.khanacademy.org/science/biology/biology-of-viruses/virus-biology/a/intro-to-viruses> .

13 New York Times. The Coronavirus Patients Betrayed by Their Own Immune Systems. *The Lancet* [internet]. 2020 Mar [acesso em 2021 abr 7]; Vol 395. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/01/health/coronavirus-cytokine-storm-immune-system.html>.

14 Varga Z, Flammer AJ, Steiger P et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *The Lancet* [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 8]; 395(10234):1417-8. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30937-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30937-5).

15 Nascimento OJM. Complicações neurológicas associadas ao SARS-CoV-2 (COVID-19) no Brasil: organização do grupo Neurocovid-rio e achados preliminares. *Revista Brasileira de Neurologia*, 56(2), 5-9; 2020.

16 Karadas Ö, Öztürk B, Sonkaya AR (2020). A prospective clinical study of detailed neurological manifestations in patients with Covid-19. *Springer Link* [internet]. 2020 Jun [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04547-7>.



17 Mazza MG, Lorenzo R, Conte C et al. Anxiety and depression in Covid-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity* [internet]. 2020 Jul [acesso em 2021 abr 7]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7390748/>

18 Wu Y, Xu X., Chen Z. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav. Immun* [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 13]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32240762>

19 Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19 [internet]. 2020 Ago [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=alerta-epidemiologico-complicacoes-e-sequelas-da-covid-19&Itemid=965

20 The New England Journal of Medicine (NEJM). Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection [internet]. 2020 Jun [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2008597> .

21 Jornal da USP. Dados preliminares mostram que 64% dos recuperados de covid têm sintomas persistentes [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=382559>.

22 Yano R, Rodrigues FA. COVID-19 - risks to the central nervous system and cardiovascular damage [internet]. 2021 Dec [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://journalijdr.com/covid-19-risks-central-nervous-system-and-cardiovascular-damage>

23 Federação Latino-Americana de Sociedades de Sono e a Associação Latino-americana de Psicologia do Sono. Documento que transcreve, contextualiza e emite um consenso para América Latina, baseado nas recomendações da APA e da OMS, para enfrentar as consequências psicológicas da epidemia COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 7]. Disponível em: http://www.sbponline.org.br/arquivos/Consenso_COVID_19_português_Agudelo_et_al_2020.pdf.

24 Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. In Sigmund Freud (1926). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira (Vol. XX)*. Rio de Janeiro: Imago; 1996.



25 Costa FB. Nota Informativa: A saúde mental e a pandemia Covid-19 [internet]. 2018 [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Nota-Informativa-A-Saúde-Mental-e-a-Pandemia-de-COVID19-possíveis-impactos-e-dicas-de-gerenciamento-para-a-população-geral.pdf>.

26 Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis* [internet]. 2011 [acesso em 2021 abr 13]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400006

27 Aulangnier P. *La violència de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.

28 Ricouer P. *Tempo e narrativa*. Tomo III. Trad. Roberto Leal Ferreira. Campinas: Papyrus, 1997.

29 Cabral A. – *Dicionário de psicóloga e psicanálise*. Rio de Janeiro, Ed. Expressão e Cultura, 1971.

30 Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narratives: use in qualitative health-related research. *Rev Saude Publica*, v. 42, n, 6, p. 1.090-6 [internet]. 2008 Dec [acesso em 2021 abr 13]. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2008.v42n6/1090-1096>.

31 Freud, S. *Construções em análise (1937)*, pp. 289-304. In S Freud. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, V. XXIII. Imago Editora, Rio de Janeiro; 1975.

32 Freud S. *A negação (1925)*. Tradução Marilene Carone. 1ª ed. São Paulo: Cosac Naif, 2014.

33 Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (ANESP). Países reagem à crise da Covid-19 com mais políticas públicas [internet]. 2020 Mar [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/3/26/pases-reagem-crise-da-covid-19-com-mais-politicas-pblicas-veja-medidas>

34 Comoli E. Sequelas em pacientes recuperados de Covid-19 podem persistir por longo período [internet]. 2020 Jul [acesso em 2021 abr 5]. Disponível em:



<https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2020/07/24/sequelas-em-pacientes-recuperados-de-covid-19-podem-persistir-por-longo-periodo>

35 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Saiba onde o risco de contágio do coronavírus é maior [internet]. 2020 Mai [acesso 2021 abr 11]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/saiba-onde-o-risco-de-contagio-do-coronavirus-e-maior/>

36 Chequini (2007, p.95). A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. 2007 [internet]. 2007 [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/download/18059/13419>

37 Taquet M, Geddes JR, Husain M et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Revista Lancet Psychiatry* [internet]. 2021 Apr [acesso 2021 abr 11]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5).

38 Stern DH. Bíblia Judaica. Tradução do original para o inglês David H. Stern; tradução do inglês para o português Rogério Portella, Celso Eronildes Fernandes. 1ª edição. São Paulo, editora vida; 2010.