

Um estudo sobre a memória de pacientes após a alta da hospitalização em UTI-Covid

A study on patients' memory after discharge from hospitalization in UTI-Covid

Un estudio sobre la memoria de los pacientes después de el alta hospitalaria en UTI-Covid

Recebido: 23/11/2021 | Revisado: 04/12/2021 | Aceito: 06/12/2021 | Publicado: 15/12/2021

Bárbara Guedes Gimenes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7225-366X>
Centro Universitário Univel, Brasil
E-mail: barbara.guedes@hotmail.com

Talita Leites

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0350-3442>
Centro Universitário Univel, Brasil
E-mail: talitaleites5@gmail.com

Aline Vaneli Pelizzoni

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1125-0200>
Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil
E-mail: aline.vaneli@gmail.com

Luiza Bernardini Ferrari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3419-4945>
Centro Universitário Univel, Brasil
E-mail: luiza.ferrari@univel.br

Resumo

O presente trabalho propôs avaliar as memórias de pacientes que passaram pelo processo de intubação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por complicações referentes a Covid-19. Classificadas em Memória Real, Memória Ilusória ou Amnésia Total, a coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista fechada e mediante um instrumento elaborado especificamente para estudos sobre memórias de pacientes que ficaram em UTI, baseado em um instrumento prévio chamado *Intensive Care Unit Memory* (ICUM). No período de alta superior a 6 meses anteriores ao início da pesquisa, passaram pela UTI-Covid 201 pacientes, sendo que 9 pessoas se adequaram aos critérios de inclusão e 3 participaram da pesquisa. A coleta foi realizada por via telefônica, após aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), buscando identificar se haviam memórias e quais tipos de memórias os pacientes apresentavam. Verificou-se que 100% dos respondentes apresentaram Amnésia Total, fato que leva a conjecturar que não haverá incidência significativa de TEPT, Depressão e Ansiedade relacionadas a memórias de UTI.

Palavras-chave: Memória; UTI; Paciente; Covid-19; Doença.

Abstract

The present study aimed to evaluate the memory of patients who underwent the intubation process in the Intensive Care Unit (ICU) due to complications related to Covid-19. Classified into Real Memory, Illusory Memory or Total Amnesia, data collection was carried out through a closed interview and through an instrument designed specifically for studies on memories of patients who stayed in the ICU, based on a previous instrument called *Intensive Care Unit Memory* (ICUM). In the discharge period longer than 6 months prior to the beginning of the research, 201 patients passed through the ICU-Covid, with 9 people meeting the inclusion criteria and 3 participating in the research. The survey was carried out by telephone, after accepting the Free and Informed Consent Term (FICT), seeking to identify if there were memories and what types of memories the patients had. It was found that 100% of respondents had Total Amnesia, a fact that leads to conjecture that there will be no significant incidence of PTSD, Depression and Anxiety related to ICU memories.

Keywords: Memory; ICU; Patient; Covid-19; Disease.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la memoria de pacientes que pasaron por el proceso de intubación en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por complicaciones relacionadas con la Covid-19. Puede clasificarse como Memoria Real, Memoria Ilusoria o Amnesia Total, la recolección de datos se realizó a través de una entrevista cerrada y a través de un instrumento diseñado específicamente para estudios sobre memorias de pacientes que permanecieron en la UCI, basado en un instrumento anterior denominado Unidad de Cuidados Intensivos. Memoria (ICUM). En el período de alta superior a 6 meses previo al inicio de la investigación, 201 pacientes pasaron por la UCI-Covid, cumpliendo 9 personas con los criterios de inclusión y 3 participaron en la investigación. La encuesta se realizó por vía telefónica, previa aceptación del Término de Consentimiento Libre e Informado (FICT), buscando identificar si

existían recuerdos y qué tipos de recuerdos tenía el paciente. Se encontró que el 100% de los encuestados tenían Amnesia Total, hecho que lleva a conjeturar que no habrá una incidencia significativa de TEPT, Depresión y Ansiedad relacionada con los recuerdos de la UCI.

Palabras clave: Memoria; UCI; Paciente; Covid-19; Enfermedad.

1. Introdução

No final do ano de 2019, na cidade de Wuhan, capital da província central da China, foi detectada uma doença cujas manifestações clínicas causam implicações predominantemente sobre o sistema respiratório. Sem aparecimentos anteriores em seres humanos, a Covid-19, causada pelo SARS-CoV2, um vírus da família do Coronavírus, foi identificada inicialmente pela presença dos seguintes sintomas principais: tosse seca, dor de cabeça e garganta, febre e dificuldades para respirar. Mais tarde, descobriu-se que, mesmo ausentes tais sintomas, o vírus poderia ter sido contraído, não dependendo tão somente das manifestações sintomáticas (Moreira, 2020).

Sua disseminação foi global, ou seja, o vírus espalhou-se por todo o mundo de maneira catastrófica e sem comparações. Segundo Moreira (2020, p. 2), “[a] partir desse momento, observou-se uma sequência de dispositivos sanitários sendo requisitados pela [Organização Mundial da Saúde (OMS)] até chegarmos ao status de pandemia mundial [sic] decretada em 11 de março de 2020”.

Desse modo, medidas protetivas tiveram que ser tomadas em todos os países para que as consequências, até então desconhecidas da Covid-19, fossem evitadas. Porém, mesmo em face de todo zelo e cuidado, milhares de pessoas foram infectadas, sendo que em alguns casos, foram necessárias internações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a utilização de ventiladores pulmonares como apoio respiratório (Moreira, 2020).

Sabendo disso, diante de uma nova e tão árdua realidade, com emergência de conhecimento científico a respeito, a insegurança e o medo se tornariam comuns na vida das pessoas. Não é para menos que esse pode ser considerado como um evento ocasionador de perturbações não apenas psicológicas, mas também sociais, pois afetam a capacidade de enfrentamento da sociedade como um todo, em variados níveis de intensidade e propagação (Brasil, 2021).

Estas perturbações, portanto, puderam ser contempladas em diferentes aspectos: o receio de se contaminar e ser um possível transmissor aos seus familiares; e a aflição quanto às consequências geradas pelo momento vivido com a doença. Aos que passaram pela UTI, experienciaram ainda mais de tais angústias, visto que a vivência da terapia intensiva é potencialmente estressante e, com suas modalidades terapêuticas invasivas, o desenvolvimento de alterações – insuficiência respiratória, *delirium* (confusão mental), choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e disfunção de múltiplos órgãos – podem ser desenvolvidas em 20% dos pacientes internados em UTI-Covid, conforme evidenciado em pesquisas (Barreto & Pelizzoni et al., 2022).

É sabido ainda, a partir da literatura, que os pacientes hospitalizados em UTI, experimentam inúmeros desconfortos físicos e psicológicos. Tais desordens resultam em possíveis sequelas que perduram mesmo após o período de internamento, isto é, em complicações na reabilitação global e na qualidade de vida (Lordani et al., 2020). Para Martins et al. (2021), o declínio da força muscular, da capacidade funcional e cognitiva, são possíveis decorrências àqueles submetidos ao repouso prolongado no leito. Há ainda, a incidência de Depressão, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), Ansiedade e, também, das Memórias de UTI, que são o foco do presente estudo (Costa, et al., 2012).

Afinal, o que seriam estas Memórias de UTI? E por que elas se fazem tão importantes de serem investigadas diante deste cenário? De acordo com Costa, Marcon e Rossi (2012, p. 14), “(...) as vivências do paciente e os tipos de memórias referentes à sua permanência na UTI podem desencadear alterações emocionais a longo e curto prazo (...)”, sendo que estas memórias, podem ser classificadas como Memórias de Fatos Reais: relacionadas às situações reais da rotina da UTI, ao ambiente e às videochamadas de familiares; Memórias Ilusórias: relacionadas às experiências assustadoras manifestadas em

sonhos, pesadelos vívidos e alucinações; e Amnésia Total: relacionada à ausência completa de lembranças referentes ao período de internação.

Esta pesquisa, portanto, teve por objetivo identificar o tipo de memória dos pacientes que estiveram hospitalizados em UTI-Covid e tiveram alta há seis meses, de modo a contribuir para que, a partir deste reconhecimento, possa haver o entendimento de como estão tais pacientes sobreviventes, haja visto a possibilidade da formação de complicações psicológicas a partir das memórias de UTI. Além disso, o tema é atual e a literatura sobre o mesmo precisa ser construída.

Para isso, foi utilizado uma entrevista fechada, com instrumento validado de identificação de memórias. Os resultados foram discutidos a partir da articulação de alguns elementos relevantes: a pandemia de Covid-19 à nível nacional e regional; a compreensão do internamento em UTI, em especial a UTI-Covid, e as suas decorrentes complicações psiquiátricas; e o que é a Memória e quais são as memórias correspondentes ao período de internamento em UTI.

2. Desenvolvimento

2.1 A pandemia de Covid-19 no Brasil e no estado do Paraná

Diante da gravidade da situação emergencial na qual o mundo se encontrou frente ao Coronavírus, e que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decretar estado de pandemia no início do ano de 2020, milhares de países foram impactados diretamente em seus mais diversos aspectos: economicamente, na saúde e no âmbito educacional. Inevitavelmente, os países ao redor do globo encontraram-se em crise sanitária e, conseqüentemente, tiveram alguns de seus recursos esgotados sem haver formas de controle imediato quanto a este cenário e seus agravos (Aquino et al., 2020).

Então, a necessidade de que medidas protetivas fossem adotadas se fez presente em todos os lugares e, ainda que não simultaneamente, os países tiveram que aderi-las. Por ser uma doença transmitida por gotículas respiratórias que exigem certo contato para a infecção, as “[m]edidas de contenção do avanço incluem cuidados com higiene, a testagem do maior número de casos e o isolamento social, haja vista ser uma doença que pode não expressar sintomas em seus portadores” (Moreira, 2020, p. 2). Assim, esperava-se que, com a combinação de diversas medidas preventivas, o número de transmissão viral fosse retardado.

Desse modo, houve restrição quanto ao uso de transportes públicos, suspensão de viagens, fechamento de escolas, universidades e locais de trabalho, bem como o cancelamento de eventos com grandes números de participações de pessoas. Além disso, o incentivo à conscientização da população para permanecer em casa e sair somente em casos emergenciais – para compra de medicamentos, alimentos ou a busca pela assistência médica – foi altamente engajado, a fim de que o pico de contágios diminuísse drasticamente (Aquino et al., 2020). Outras medidas mais radicais como o *lockdown* (contenção comunitária) e a quarentena (reclusão em casos de suspeita de contágio), em alguns momentos, também foram executadas.

Ainda assim, até meados do mês de maio de 2020, a OMS notificou mais de 5 milhões de casos de contágio em todo o mundo, sendo que destes 5 milhões, o número de óbitos residia em 337.687 (Fredrich et al., 2020). Nos Estados Unidos da América (EUA), no período de abril de 2020, haviam sido contabilizadas mais de 25 mil mortes por Covid-19 (Faro et al., 2020), enquanto no Brasil, em maio do mesmo ano, houve 347.398 casos de contágio e 22.013 óbitos (Fredrich et al., 2020).

Já no estado do Paraná, ao Sul do Brasil, nesse mesmo período, o número de contágios pela Covid-19 era de 1.407 e o de mortes, 86 (Paraná, 2020). Em 2022, no mês de janeiro, o Paraná já contava com 1.963.743 casos de contágio e 41.017 casos de óbitos (Paraná, 2022).

Portanto, diante de toda gravidade e grandeza quanto aos índices de contaminação e morte, percebe-se que a pandemia designou um novo cenário, pois, embora houvesse tentativas de prevenção mediante as medidas de contenção, encontrou-se a necessidade de um espaço interventivo próprio. Em casos mais críticos, a UTI foi este lugar de uso exclusivo aos pacientes agravados pela doença.

2.2 O internamento em UTI e suas complicações psiquiátricas

Na compreensão popular, o ambiente hospitalar é visto como um local de inseguranças, onde muitas histórias têm seus fins inesperados e, na maioria das vezes, a dor impera. Tratando-se do internamento na UTI, essa concepção se faz ainda mais acentuada, haja visto a distância existente entre o que é agradável, acolhedor e conhecido, com a realidade vivenciada pelo paciente – embora existam as tentativas da equipe de saúde em fazer com que ele se sinta o mais confortável possível (Camargo, 2022).

Dotada de complexidades – intervenções constantes, cuidados intensivos e, até mesmo invasivos – a experiência da internação em UTI é catabolizadora de sentimento de impotência, ansiedade e medo da morte para todos os envolvidos, direta ou indiretamente. Passar pela UTI, especialmente UTI-Covid, é sinônimo de estar frente ao pavoroso desconhecido e sofrer de quaisquer que sejam suas consequências. É, portanto, neste cenário de sofrimento, em que o paciente se encontra despido de suas capacidades e vontades, tendo suas expectativas postas em jogo e a apreensão sobressaída (Barreto & Pelizzoni et al., 2022).

A realidade da UTI-Covid é ainda mais difícil se comparada à realidade de uma UTI comum, visto a necessidade de existir certa ruptura entre o paciente e seus familiares. As visitas, então, tornam-se restritas, e outras formas de comunicação do paciente com a família se fazem necessárias de implementação, surgindo assim, as videochamadas e ligações pela internet como uma tentativa de aproximação da família ao internado. Além disso, os cuidados com a patologia, a rotina, os procedimentos e os protocolos também se diferenciam (Barreto & Pelizzoni et al., 2022), como é o caso do uso de máscaras e *face shields*, luvas de látex e o uso de aventais sobre o uniforme (Camargo, 2022).

Ademais, há a intubação orotraqueal (IOT) e a ventilação mecânica (VM), procedimentos que, embora não sejam de uso exclusivo para o tratamento da Covid-19, fizeram-se presentes de maneira ímpar neste contexto. Especialmente a IOT, procedimento de alto risco e complexidade, era costumeiramente executada com o paciente inconsciente, ou no mínimo, em estado de sedação. Porém, no cenário da UTI-Covid, ela passou a ser executada com o paciente na maioria das vezes consciente no momento da intubação – sendo um participante ativo em todo o processo e experimentando de sentimentos singulares a este momento (Kreling & Barreto, 2022).

Por ser um procedimento desconfortável e doloroso, quando realizada com o paciente em estado de consciência, a IOT presenteia o que está intubado com um encontro com sua própria finitude. Sentimentos intensos como a impotência e o descontrole, desespero, medo, ansiedade e angústia, tidos pela ameaça da morte, são então vividos por aqueles submetidos a tal procedimento (Kreling & Barreto, 2022). Corroborando com isso, Barreto e Araújo et al. (2022) discorrem sobre a vivência da IOT – tida como traumática e com sobrecargas emocionais – e como pode interferir no estado emocional do paciente a longo prazo, assim como no período posterior à alta da UTI-Covid.

Compreende-se ainda que estas subsequentes demandas emocionais podem ocorrer pelo fato de a UTI ser um ambiente estressante e provocador de sintomas psicológicos persistentes que acarretam a qualidade de vida mesmo após o internamento em UTI (neste contexto UTI-Covid). O evento da UTI é, dessa maneira, percebido como um evento traumático cujos sobreviventes podem apresentar uma alta taxa de mortalidade a médio e longo prazos, morbidades físicas e disfunções cognitivas (Teixeira & Rosa, 2018). Dentre as desordens psiquiátricas mais identificadas nesta circunstância, estão a Ansiedade, Depressão e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), possíveis de identificação devido a incidência das mesmas por meio de estudos realizados (Costa, 2009).

Assim, um dos possíveis agravos psicológicos deixados pela UTI, o TEPT é uma condição clínica que se desenvolve após a experiência de um evento traumático com risco de morte – real ou potencial – e que causa grande efeito de respostas tidas como subjetivas ao sujeito. Estas respostas são subdivididas em: recordações intrusivas do evento, que são caracterizadas pelas recordações aflitivas recorrentes do acontecimento; os sintomas de hiperexcitação, como a irritabilidade, medo e hiper

vigilância; e o comportamento evitativo relacionado àquilo que se viveu enquanto evento traumático (Barreto & Pelizzoni et al., 2022).

Quanto aos fatores de risco para seu desenvolvimento, encontram-se as questões de faixa etária e gênero, o tempo de permanência longa na UTI, os altos níveis de sedação e, também, o histórico psiquiátrico anterior à internação e a presença de Memórias Ilusórias. Isso pode estar interligado a outras condições psiquiátricas como a Depressão, Ansiedade, Transtorno de Pânico e Dissociação, o TEPT se manifesta por meio de um conjunto de reações emocionais e comportamentais, causando sofrimento em diferentes áreas, seja na socialização, ou na dificuldade em expressar os sentimentos e emoções – nomeado como embotamento afetivo (Costa et al., 2012).

No tocante ao aparecimento de seus sintomas, há a tendência de que eles apareçam de um a três meses depois do evento traumático, tendo sua classificação como quadro agudo. Em casos cujo tempo de duração se torna maior que este, o TEPT se classifica como quadro crônico e, se seus sintomas surgirem após seis meses, classifica-se como TEPT com início tardio (Barreto & Pelizzoni et al., 2022).

Já no que se refere à Depressão e à Ansiedade – outras possíveis decorrências ao internado em UTI – entende-se que existe um forte fator de associação de tais demandas emocionais frente às queixas de tensão, nervosismo e preocupação quanto ao curso e tratamento de sua doença. Dessa forma, inúmeras são as pesquisas que enfatizam a predominância de condições psicológicas, como os distúrbios de humor e ansiedade, em níveis mais elevados neste cenário do que quando comparados com a população em geral (Castro et al., 2006).

Configurando-se como um transtorno do humor que afeta a qualidade de vida do paciente, a Depressão acomete a capacidade de desempenho de atividades corriqueiras que, anteriormente, eram realizadas sem muitas dificuldades. Ao trazer prejuízos – interpessoais e intrapessoais, e nas mais diversas áreas da vida do sujeito – o transtorno apresenta sintomas de irritabilidade, lentidão para pensar e executar certos comandos, diminuição da autoestima, dificuldade para se concentrar, perda do interesse por coisas que lhe eram prazerosas, e alteração no sono e apetite (5^a ed.; DSM-V; American Psychiatric Association, 2014). Tais sintomas podem então ser identificados por meio de escalas, como é o exemplo da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), sendo que ambas as demandas emocionais – Depressão e Ansiedade – podem estar correlacionadas, e um mesmo paciente pode apresentar sintomas depressivos e ansiosos simultaneamente (Castro et al., 2006).

Pautada por uma série de questões a respeito da intensidade dos sintomas vividos pelo paciente no contexto de internamento, a Escala HAD se propõe a verificar a incidência dessas morbidades psiquiátricas sobre o sujeito que passou por tal experiência da hospitalização. Dessa forma, a Ansiedade se encaixa nos quadros de irritabilidade, inquietação, dificuldade para relaxar e concentrar-se, e a constante preocupação. São comuns ainda, sintomas físicos, como a dor de cabeça, dor muscular, taquicardia, tontura e sudorese (Dalgalarrodo, 2019), sendo que, da mesma maneira que na Depressão, na Ansiedade também há prejuízo nas mais amplas áreas de vida do sujeito (5^a ed.; DSM-V; American Psychiatric Association, 2014).

É, portanto, diante de tamanha fragilidade com que o paciente se encontra nesta perspectiva do internamento em UTI que diversas complicações emocionais, tais quais as citadas previamente, são constatadas. Além destas, encontram-se também as Memórias de UTI, que podem estar associadas às consequentes desordens psicológicas frente ao internamento.

2.3 O que é memória e quais são as memórias referentes ao período de internamento em UTI?

Na concepção de Dalgalarrodo (2019, p. 246), memória é toda “(...) capacidade de codificar, armazenar e evocar (...)” determinadas informações. Interligada a múltiplos fatores – como a atenção, condição emocional, nível de consciência e ambiente – a memória trabalha como um quebra-cabeça, cujas peças vão sendo montadas e remontadas na mente,

reconstruindo os fatos de forma pessoal e interpretativa, não como uma cópia fiel e precisa do ocorrido, já que variados elementos do sujeito participam conjuntamente deste processo e exercem sua influência.

Assim, o ato de recordar determinada informação é fonte de um processo construtivo que se baseia nas experiências e conhecimentos prévios do sujeito. Nesse processo de recuperação mnemônico, há a lembrança dos esquemas gerais e as lacunas vão sendo preenchidas, levando em consideração a subjetividade, as experiências de vida, valores, pré-conceitos, aspectos culturais, e até mesmo a imaginação do sujeito, que pode acrescentar novos elementos à lembrança (Dalgarrondo, 2019). Nos pacientes que passaram pela experiência da UTI, porém, estes aspectos da memória (codificação, armazenamento e evocação), encontram-se comprometidos, quer seja pela condição clínica em que se encontram ou pelo uso medicamentoso (Barreto & Araújo et al., 2022).

É importante salientar ainda que as recordações – ou as não recordações – das vivências do período passado na UTI, além de estarem associadas à própria experiência da terapia intensiva, podem se associar também à presença de complicações psicológicas (ou ao fator de risco para o desenvolvimento das mesmas) diante da vulnerabilidade física e psíquica em que o sujeito se encontra frente ao sofrimento (Costa & Marcon, 2009).

As memórias de UTI são, portanto, respingadas e transpassadas pela própria experiência de internação neste centro. Para tanto, implica-se dizer que a condição na qual o paciente se encontra quando hospitalizado na UTI, exerce influência na construção e consolidação de sua memória a respeito deste período. Logo, fragmentos dos momentos vividos neste período como: o ambiente, o uso da medicação, a incapacidade da fala e o não poder se mexer, combinados à vivência assustadora e caótica de incapacidade e medo, bem como alucinações e sonhos, relacionam-se a um tipo de memória de UTI: a Memória Ilusória (Barreto & Araújo et al., 2022).

Além desta, existem outras duas memórias referentes ao internamento na UTI, que causam impactos diferentes e que podem estar associadas ao sofrimento. Elas são classificadas em Memórias Ilusórias, Memórias de Fatos Reais ou Amnésia Total. Enquanto as Memórias Ilusórias têm por características eventos irreais como pesadelos, sonhos e alucinações decorrentes da ameaça da integridade física e psíquica produzida pelo adoecimento, nas Memórias de Fatos Reais, consistem nas lembranças do ambiente e da rotina de cuidados, da sedação e IOT, dos eventos emocionais e das visitas de familiares. A Amnésia Total por sua vez, diz respeito aos pacientes que não possuem nenhuma recordação sobre o período de hospitalização na UTI (Costa & Marcon, 2009).

Recordar-se da dor, do medo sentido no momento da sedação, dos sentimentos de ansiedade, angústia e agitação frente à intubação, assim como das dificuldades de sono, fome e sede, são características das Memórias de Fatos Reais. Ainda, a lembrança da alegria sentida ao ter a visita da família por meio das ligações ou videochamadas, além do conhecimento tido a respeito das informações repassadas pelo médico sobre o desencadeamento de sua patologia, igualmente se enquadram nesta memória de UTI (Costa, 2009).

Já a memória correspondente à ausência completa de qualquer lembrança relacionada aos aspectos referentes ao período de internamento em UTI, é a Amnésia Total, que configura as vivências que, embora tenham ocorrido, não existem no campo da recordação. Dentre elas, encontram-se aqueles referentes ao tratamento: IOT, sedação, extubação e aspiração; referentes ao ambiente: videochamadas, barulhos das máquinas e do ambiente em geral da UTI; e as referentes às experiências emocionais: dor, fome, sede, medo, agitação, sonhos, pesadelos e alucinações (Costa et al., 2012). Neste sentido, Simonetti e Pelizzoni (2022) discorrem sobre o fato de que, embora não haja a lembrança, não significa que estas vivências não existiram, pois, os sofrimentos – ainda que não rememorados – deixam suas marcas naqueles que por ela passam.

Portanto, sabe-se que essas lembranças são banhadas pela experiência muitas vezes desagradável do internamento em UTI e que, por isso, conseqüentes embaraços psicológicos – conforme a descrição anterior – podem aparecer. Desse modo,

destaca-se a necessidade de maior conhecimento científico a respeito de tais demandas psiquiátricas, bem como das memórias de UTI, para contribuição de um melhor entendimento de como estão os pacientes sobreviventes à passagem em UTI-Covid.

3. Metodologia

A presente pesquisa desenvolveu-se seguindo moldes quantitativos, que dizem respeito a transformar em números as opiniões e informações, a fim de conseguir classificá-las e analisá-las, haja visto que a literatura sobre o tema está em construção e que este tipo de pesquisa busca maior familiaridade com o problema escolhido, podendo utilizar além da pesquisa quantitativa, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o tema e busca nos referenciais bibliográficos (Kauark et al., 2010).

Para realizar a coleta de dados, utilizou-se um instrumento validado em literatura (Costa & Marcon, 2009) elaborado especificamente para estudos sobre memórias de pacientes que ficaram em UTI, que já se baseava em um outro instrumento chamado *Intensive Care Unit Memory (ICUM)*, podendo ser definido por Barreto e Pelizzoni et al. (2022, p. 201) como “Instrumento do tipo checklist constituído de duas questões abertas e nove itens agrupados em quatro domínios: memórias relacionadas ao tratamento; memórias do ambiente; memórias relacionadas às experiências emocionais e aquelas relacionadas às memórias ilusórias”

Destaca-se que um novo campo foi inserido ao instrumento para realização desta pesquisa, campo este que diz respeito ao tempo que o paciente permaneceu na UTI-Covid.

Os dados objetivos de tempo de hospitalização, se passou por IOT ou não, tempo de sedação e motivo da internação foram levantados no sistema de prontuário eletrônico da instituição.

A coleta se deu via entrevista telefônica, após pesquisa no banco de dados do Hospital Universitário (conforme Parecer Consubstanciado nº 5.618.065) buscando os pacientes que se encaixavam nos critérios estabelecidos para inclusão na pesquisa, que foram: pacientes que estiveram internados e intubados em UTI-Covid por pelo menos 1 dia, com alta superior há 6 meses anteriores à coleta dos dados, sendo feito um recorte de 3 meses para levantar o número de pacientes que seriam selecionados para a pesquisa (Janeiro/2022 à Março/2022); de ambos os sexos; com idade igual ou maior a 18 anos; residentes do município de Cascavel. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos da amostra aqueles pacientes que vieram a óbito; não atenderam às ligações após três tentativas de contato telefônico e apresentaram impossibilidade clínica para responder às questões.

Primeiramente, foi realizado o contato por Whatsapp, com uma mensagem padronizada, contendo uma breve apresentação, informando o objetivo da pesquisa e verificando a possibilidade de realizar o questionário. Em caso afirmativo, enviado o termo de consentimento para assinatura digital, àqueles que, por algum motivo, não conseguiam assinar o termo de forma online, a coleta da assinatura ocorreu de forma presencial, conforme acordo estabelecido no momento da ligação.

O local onde se deu o levantamento de informações sobre os participantes da pesquisa foi um Hospital Universitário localizado na região Oeste do Paraná. O hospital se caracteriza por ser um centro de ensino, pesquisa e extensão e, durante a pandemia do Covid-19, foi um ponto de referência na macrorregião a que pertence.

4. Resultados e Discussão

Faz-se necessário contextualizar que a pandemia desenhou um novo cenário de internamentos em UTI, sendo um espaço agora de atendimento exclusivo para pacientes infectados pela Covid-19 que necessitavam ficar em isolamento para conter a disseminação do vírus. E a UTI, que “(...) no imaginário social já carregava um sinônimo de morte, ganha agora um novo simbolismo particular, um lugar de sofrimento e expectativas (...)” (Barreto & Pelizzoni et al., 2022, p. 199).

Ao todo passaram pela UTI-Covid no período de realização da pesquisa 201 pacientes, dos quais 9 se encaixaram nos critérios de inclusão, o que representa 4% do total. Cabe destacar que, com o avanço da vacinação, houve uma redução significativa de casos de Covid-19 grave, bem como de casos de óbito decorrentes desta doença (Souto, 2022), logo, reduziu significativamente o número de pacientes intubados, fato que pode ser corroborado com o número de pacientes excluídos dessa pesquisa por não passarem pela intubação. Na sequência, está a Tabela 1 que caracteriza a amostra encontrada:

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Variáveis	n(%)
Sexo	
Masculino	66
Feminino	44
Faixa etária	
18-40	11
41-60	66
61+	22
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	100
Tempo de UTI	
5-20 dias	77
21+	23
Tempo de sedação	
3-6 dias	66,6
Não especificado	33,3
Uso de dispositivo tipo traqueostomia (TOT)	
Sim	66,6
Não	33,3

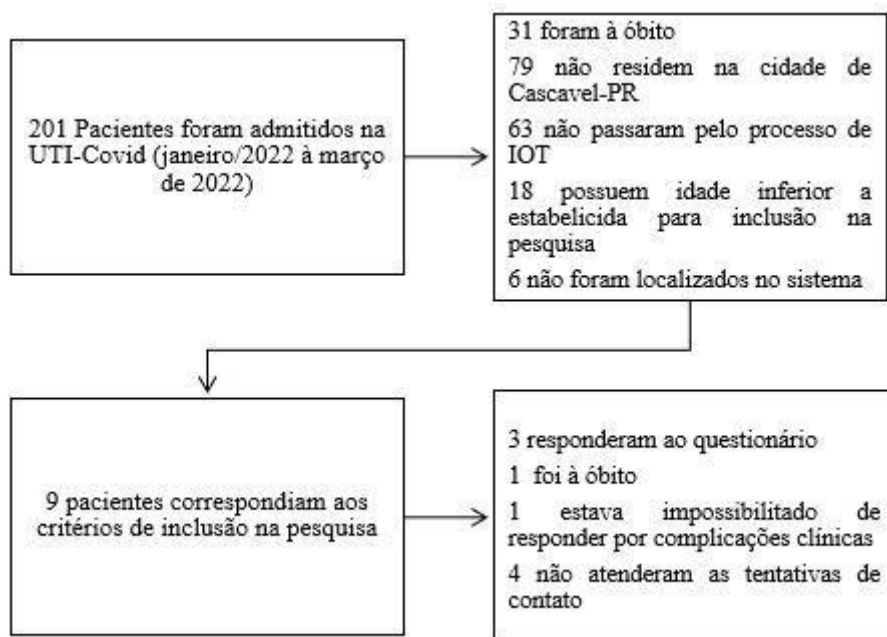
Fonte: Autoras (2022).

A amostra foi caracterizada por 44% de pacientes do sexo feminino e 66% do sexo masculino, com idade variada entre 20 e 67 anos, e média de 51 anos. A média do período de hospitalização em UTI-Covid foi de 13 dias. No que se refere ao grau de escolaridade, todos os pacientes declararam ter Ensino Fundamental Incompleto.

Importante acrescentar que nem todos chegaram à UTI-Covid tendo a infecção por Covid-19 como causa principal, mas, em decorrência de outro quadro clínico e que no decorrer do tratamento, positivaram para Covid-19, representando 66,6% dos casos analisados.

Foram excluídos 13 pacientes que não se adequaram ao critério de idade, inferior a 18 anos (6,46%), 31 que vieram a óbito (15,4%) e 63 que não passaram pelo procedimento de intubação (31,34%), conforme a Tabela 2 (fluxograma):

Tabela 2 - Caracterização geral dos pacientes da amostra.



Fonte: Autoras (2022).

Quando analisado o número total de pacientes que estiveram em UTI-Covid, constatou-se que 64,6% correspondem ao sexo feminino e 35,3% ao sexo masculino. Tais dados, concatenam com os levantados por Moura et al. (2020), em pesquisa realizada para analisar o perfil epidemiológico de infectados por Covid-19 no estado de Santa Catarina, em que 52,6% dos casos positivos eram do sexo feminino e 47,4%, do sexo masculino, no entanto, a maior taxa de mortalidade se encontra na população masculina (58,9%). No que tange a idade, a pesquisa demonstrou que o maior número de infectados está acima da faixa dos 20 anos, aproximando-se assim com os dados coletados na presente pesquisa, onde apenas 6,4% dos pacientes que estiveram na UTI-Covid apresentaram idade inferior a 18 anos.

Fazendo um paralelo entre a presente pesquisa e estudos anteriores, destacamos um estudo realizado entre setembro de 2008 e agosto de 2009, na mesma instituição que foi realizada a presente pesquisa, e com o mesmo instrumento, em que se optou por analisar pacientes que vivenciaram o processo intubação, pois estes representavam a maioria dos pacientes que passam pela UTI e pelo fato de homogeneizar a população da amostra. O número de pacientes que estiveram em UTI no período da coleta de dados foi de 330 e desses, 279 atenderam os critérios de inclusão na pesquisa (idade superior a 18 anos, que permaneceram na UTI por pelo menos um dia e que foram submetidos ao processo de intubação) (Costa et al., 2012).

No ano de 2017, um estudo semelhante ao supracitado foi desenvolvido utilizando do Instrumento de avaliação de memórias de UTI (Costa & Marcon, 2009) e neste novo estudo, o número de pacientes que passaram pela UTI correspondeu à 207, dos quais 160 atenderam os critérios da pesquisa (idade superior a 18 anos e aceite ao TCLE) (Lopes et al., 2020).

Quanto aos motivos da admissão em UTI dos dois estudos citados, tem-se no primeiro estudo, segundo Costa et al. (2012) uma predominância de causas relacionadas a traumas (44,2%) e, em segundo lugar, disfunções clínicas diversas (42,1%). Já no segundo estudo, realizado por Lopes et al. (2020), a maior incidência de internamentos em UTI se deu por motivos clínicos (35,6%) e o percentual de pacientes que foram admitidos por traumas ficou logo na sequência (23,1%).

Um terceiro estudo foi realizado entre agosto de 2020 e julho de 2021, onde avaliações psicológicas foram realizadas com pacientes que estiveram em UTI-Covid, em um Hospital Universitário localizado no Oeste do Paraná, sendo que um dos instrumentos utilizados é o que embasa o presente trabalho. Os resultados levantados pelas autoras dizem respeito à análise de

98 pacientes, dos quais 64,3% eram homens e a idade média dos pesquisados era de 55,4 anos, dados que se aproximam dos encontrados nesta pesquisa (Barreto & Pelizzoni et al., 2022, p. 202).

Nesta coleta de dados, oriundas de avaliações que foram realizadas no ambulatório de seguimento pós-UTI-Covid, as autoras descrevem que as Memórias de Fatos Reais puderam ser constatadas em 41,8% dos pacientes, Memórias Ilusórias, em 14,3%, e Amnésia Total em 26,5% dos pacientes. Ainda, encontrou-se que em alguns dos avaliados, isto é, 17,3% apresentaram uma combinação entre as Memórias de Fatos Reais e Memórias Ilusórias. A este fato, atribui-se “(...) vivências nomeadas como fontes de desconforto, estresse e ansiedade, lembradas pelo paciente após a alta da UTI em detalhes” (Barreto & Pelizzoni et al., 2022, p. 208-209).

Tais dados divergem dos encontrados nesta pesquisa, onde 100% da amostra não tem lembranças do período de internação em UTI, o que significa dizer que apresentaram Amnésia Total. Porém, o fato de não lembrar desse período não pode ser tratado como equivalente a não ter vivido, conforme esclarecem Simonetti e Pelizzoni (2022, p. 19): “[a] intubação é vivida e sofrida, e deixa suas marcas mesmo naqueles que não se recordam dela”. Logo, funciona como um mecanismo protetor de prejuízos psíquicos durante e após a internação.

Em pesquisa realizada por Lopes et al. (2020), o índice de pacientes que relataram não ter nenhuma memória do período de internação em UTI foi equivalente a 60,7%, o que representa uma significativa parcela da população pesquisada.

Fazendo um paralelo com um levantamento de dados de Costa e Marcon (2009), percebe-se uma discrepância na porcentagem que relatou não lembrar do período de UTI, sendo que nesta segunda pesquisa é equivalente a 26,5%.

É necessário destacar que na pesquisa supracitada observou-se que pacientes que permaneceram em UTI por um período maior que 7 dias declararam não lembrar da internação, ao passo que a média de dias em UTI-Covid da presente pesquisa, como dito anteriormente, é igual a 13 dias.

Complementar ao tempo de UTI, sabe-se também, diante do que foi discorrido por Costa et al. (2014), que a presença de Amnésia Total é mais comum em pacientes que ficaram sedados, sendo que a população analisada aqui foi composta por pacientes que necessitam de sedação.

A partir da evidência de Amnésia Total, conjectura-se que estes pacientes não terão implicações de TEPT, Ansiedade e Depressão, devido a não terem tido memórias traumáticas. Porém, uma pesquisa mais detalhada e com instrumentos específicos se faz necessária para melhor compreensão.

5. Considerações Finais

O estudo não encontrou memórias do período de internação em UTI-Covid, logo, a possibilidade de alterações psicológicas que podem ser desencadeadas por tal experiência é reduzida. O que denota uma característica importante para pensar estratégias de triagem para o acompanhamento em ambulatórios de seguimento pós-UTI-Covid, pois em indivíduos em que há Amnésia Total, a possibilidade de agravos na saúde mental, mesmo que diminuída, poderá se manifestar.

Pode-se considerar um limitador da pesquisa, o baixo número de pacientes que se encaixaram nos critérios de inclusão, uma vez que a instituição na qual foi feita a coleta de dados atende um número significativo de pacientes de cidades vizinhas, logo, a discussão voltou-se a Amnésia Total que foi o resultado verificado.

Salienta-se também uma lacuna nos estudos sobre Amnésia Total em sobreviventes de UTI. Sendo relevante que outras pesquisas sobre o tema sejam desenvolvidas, com o intuito de identificar condições para que a memória se fixe desta forma e, em decorrência, tenha menores implicações na saúde mental.

Sugere-se, ainda, estudos posteriores que avaliem a memória em pacientes de outros municípios do Oeste do Paraná, que estiveram internados e intubados em UTI-Covid do Hospital Universitário em que a coleta de dados foi realizada, possibilitando ampliação da amostra pesquisada.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais*. (5ª ed.). Artmed.
- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., Souza-Filho, J. A. de., Rocha, A. dos S., Ferreira, A., Victor, A., Teixeira, C., Machado, D. B., Paixão, E., Alves, F. J. O., Pilecco, F., Menezes, G., & Gabrielli, L. (2020, junho). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 2423-2446. <https://www.scielo.org/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2423.pdf>.
- Barreto, J., Araújo, P. H. de., Guerra, L. J., & Simonetti, A. (2022). Vivências da intubação. In Simonetti, A. & Barreto, J. (Org.), *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois*. (pp. 25-54). Artesã.
- Barreto, J., Pelizzoni, A. V., & Ribeiro, B. F. (2022). Complicações psicológicas Pós-Uti-Covid: A clínica do depois. In: Simonetti, A. & Barreto, J. (Org.). *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois*. (pp. 197-215). Artesã.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/plano-de-contingencia-covid-coe-1.pdf>.
- Camargo, R. G. (2022). O Cenário Da Intubação. In Simonetti, A. & Barreto, J. (Org.). *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois*. (pp. 55-71). Artesã.
- Castro, M. M. C., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, A. (2006, outubro). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (5), 470-477. <https://www.scielo.br/rba/a/s8XGWy8MQ5wkyDwcW87ydYd/#:~:text=8%25%20para%20ansiedade,-.CONCLUS%C3%95ES%3A%20A%20escala%20HAD%20mostrou%20boa%20sensibilidade%20para%20avaliar%20sintomas,estado%20psicol%C3%B3gico%3B%20DOR%2C%20Cr%C3%B4nica>.
- Costa, J. B. da. (2009). *Interação em UTI: Repercussões psicológicas e experiências vividas pelos pacientes*. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá]. <http://sites.uem.br/pcs/publicacoes/dissertacoes/JaquileneBarretodaCosta.pdf>.
- Costa, J. B., & Marcon, S. S. (2009, setembro/novembro). Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (4), 223-230. http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400002&lng=en&nrm=iso&tlang=pt.
- Costa, J. B. da., Marcon, S. S., & Rossi, R. M. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61 (1), 13-19. <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/txZqBc4vP4WVgffFSd9NvsJH/?lang=pt>.
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (3ª ed.). Artmed.
- Faro, A., Bahiano, M. de A., Nakano, T. de C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020, junho). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Revista Estudos de Psicologia*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- Fredrich, V. C. R., Nasr, A. M. L. F., Champion, L., Mello, T. P. de C., Silva, J. V. A. da., Ziak, M. L., Bellizzi, A. M., Lopes, M. G. D., Junior, N. W., & Preto, C. A. G. (2020, dezembro). Perfil de óbitos por Covid-19 no Estado do Paraná no início da pandemia: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, 3 (1), 62-74. <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/409/157>.
- Kauark, F. S., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: um guia prático*. Litterarum Editora. http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/livrodemetodologiadapesquisa2010_011120181549.pdf.
- Kreling, G. A. D., & Barreto, J. (2022). Intubação e ventilação mecânica: aspectos técnicos. In Simonetti, A., & Barreto, J. (Org.). *Intervenções Psicológicas na Intubação: da clínica do agora à clínica do depois*. (pp. 73-82). Artesã.
- Lopes, C. R., Iepson, L. B., & Da Costa, J. B. (2020). Avaliação psicológica de pacientes após a alta da unidade de terapia intensiva. *Psico*, 51(2), e33640. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.2.33640>
- Lordani, T. V. A., Costa, J. B., Lordani, C. R. F., Gund, D. P., Costa, C. R. L. de M., Osaku, E. F., Zimmer, C. G. S., Ogasawara, S. M., Duarte, P. A. D., & Jamal, Y. (2020). Construção e validação de um instrumento para avaliação clínica e psicossocial de sobreviventes da UTI. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 93 (31), 1-6. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.672>.
- Martins, G. S., Toledo, S. V., Andrade, J. M. de L., Nakano, E. Y., Valduga, R., Paz, L. P. S., Júnior, G. C., & Cipriano, G. F. B. (2021, julho). Análise do estado funcional e força muscular de adultos e idosos em Unidade de Terapia Intensiva: Coorte prospectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (2). <https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n7/2899-2910>.
- Moreira, R. S. (2020, abril). COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (5), 1-12. <https://www.scielo.br/j/csp/a/NPz56K7Zys3fFDZdWHDcYWn/?lang=pt&format=pdf>.
- Moura, P. H. de., Luz, R. A. da., Gai, M. J. P., Klokner, S., Torrico, G., Knapik, J., Sales, S. S., Onofre, A. D., Labiak, F. P., Yordi, M. F., Frasson, R., & Rocha, R. E. R. da. (2020). Perfil epidemiológico da COVID-19 em Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 9 (1). <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2316/1192>.
- Paraná. (2020). *Secretaria da Saúde*. Covid-19: Informe Epidemiológico. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/informe_epidemiologico_30_04_2020_0.pdf.
- Paraná. (2022). *Secretaria da Saúde*. Covid-19: Informe Epidemiológico. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-02/informe_epidemiologico_31_01_2022.pdf.

Simonetti, A., & Pelizzoni A. V. (2022). Introdução: A clínica do depois. In: Simonetti, A. & Barreto, J. (Org.). *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois*. (pp. 15-24). Artesã.

Souto, B. G. A. (2022). COVID-19, VACINA E CRIANÇAS. *Guia Universitário de Informações Ambientais*. 3 (1), 13-16.

Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Ambulatório pós-unidade de terapia intensiva: é viável e efetivo? Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 30 (1), 98-111. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/BT34HsvN4xW38H3jV4QYDLk/?format=pdf&lang=pt>.