

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL FACULDADE DE
EDUCAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

FRANCYELLE MARQUES DE LIMA

**O MOVIMENTO DA SUBJETIVIDADE E O CUIDADO PSICOLÓGICO NA
UTI EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Campo Grande, MS

2022

FRANCYELLE MARQUES DE LIMA

**O MOVIMENTO DA SUBJETIVIDADE E O CUIDADO PSICOLÓGICO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Faculdade de Ciências Humanas, como requisito à obtenção de título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Educação, Cultura, Sociedade cuja a orientadora está vinculada ao Grupo de Pesquisa Desenvolvimento Humano e Educação Especial

Orientadora: Prof^a Dr^a. Alexandra Ayach Anache.

Campo Grande, MS

2022

Dedicatória

Honro o fechamento desse ciclo dedicando essa dissertação a todas e todos os sobreviventes da Pandemia de COVID-19.

AGRADECIMENTOS

A conclusão de mais essa etapa da minha formação acadêmica e profissional representa a eficiência de todas as instituições públicas de ensino pelas quais passei, ao longo de toda a minha vida. Por isso, agradeço a cada professor que tive a honra de ter, sem a dedicação de cada um deles, minha história seria diferente.

À minha mãe e amiga, Irismar Emília de Moura Marques, pela dedicação incondicional, por acreditar em mim e me incentivar como ninguém a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu pai, Francisco Rodrigues de Lima, por ser uma referência de bondade e coração puro. Meu herói desde a mais tenra infância.

Ao meu padrasto, Edson dos Reis e minha madrastra, Elizete Borges de Araújo, por me cercarem de amor, carinho, cuidado e respeito. Tenho tanta sorte por ter vocês em minha vida.

Aos meus irmãos, Karolyne Marques de Lima, Micaelly de Araújo Rodrigues e Francisco Rodrigues de Lima Junior, por todo o apoio incondicional.

Ao meu companheiro, Antônio João Navarro de Almeida, por ser tão paciente, carinhoso e dedicado. Obrigada por sonhar os meus sonhos e por ser meu porto seguro.

À minha sogra, Maria Auxiliadora Castelo Branco Navarro e ao meu sogro Antônio João Navarro de Almeida por serem literalmente presentes em minha vida.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo excelente trabalho desempenhado em prol da pesquisa brasileira.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por me conduzirem à construção de conhecimento.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Desenvolvimento Humano e Educação Especial (GDHEEsp) com quem pude compartilhar aprendizados e desafios ao longo desta jornada do mestrando pandêmico.

À professora doutora Alexandra Ayach Anache por mais essa oportunidade de crescimento e por ser, para mim, mais que uma educadora, um grande exemplo de profissional e de pessoa. Sem o seu olhar acolhedor e o seu conhecimento a conquista deste sonho não seria possível.

Ao professor Dr. Alberto Mesaque Martins pelo apoio incondicional e parceria ao longo deste processo de aprendizado.

À professora Dr^a. Geandra Cláudia Silva Santos por ter aceitado fazer parte da banca e pelas ricas contribuições para este estudo.

Aos meus colegas profissionais de saúde que foram verdadeiros combatentes, não medindo esforços para proporcionarem o melhor cuidado durante a pandemia de COVID-19.

Aos participantes dessa pesquisa, bem como seus familiares que confiaram à mim mais uma vez suas histórias de vida e suas melhores e piores reminiscências em relação à internação por COVID-19. Vocês foram excepcionais! Minha gratidão eterna.

Cantares

Tudo passa e tudo fica
porém o nosso é passar,
passar fazendo caminhos
caminhos sobre o mar

(Antônio Machado)

RESUMO

A pandemia da coronavírus disease 2019 (COVID-19) tem sido caracterizada como um dos maiores problemas de saúde pública internacional das últimas décadas. Um acontecimento como este, tem impacto direto sobre a vida de toda a humanidade. Esta crise ocasionou um aumento das internações hospitalares, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devido ao alto risco de morte, causando além de alterações fisiológicas, perturbações psicológicas e sociais. Portanto, esta pesquisa teve como objetivo compreender o movimento da subjetividade da pessoa que esteve internada na UTI em decorrência da COVID-19, analisando as configurações subjetivas de sobreviventes, bem como relacionando a experiência de familiares de pessoas que estiveram nessa situação. Além disso, caracterizou o trabalho desenvolvido pela psicóloga em uma UTI-COVID. Trata-se de um estudo fundamentado na Teoria da Subjetividade. Para dar conta dos estudos da subjetividade nessa perspectiva, a Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey foi escolhida como base epistemológica e a metodologia utilizada foi a Construtivo-Interpretativa. Participaram da pesquisa cinco pessoas, sendo dois homens sobreviventes da infecção por coronavírus, dois familiares dos respectivos pacientes e uma psicóloga que trabalhou na linha de frente. Para a produção da informação foram utilizados como recursos instrumentais a entrevista, o complemento de frases, a atividade com figuras e a análise documental. Os resultados estão apresentados em três principais eixos: os sentidos subjetivos do adoecimento para os pacientes, os sentidos subjetivos relacionados à vivência dos familiares e a proposta de cuidado das psicólogas na linha de frente no enfrentamento ao coronavírus. Concluiu-se que a vivência do agravo da infecção por COVID-19 foi geradora de angústias, medo e sofrimento e que o apoio das profissionais de Psicologia na linha de frente foi fundamental para a promoção de um cuidado protagonizado pelo paciente.

Palavras-chave: COVID-19. Subjetividade. Unidade de Terapia Intensiva

ABSTRACT

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic has been characterized as one of the biggest international public health problems in recent decades. An event like this has a direct impact on the lives of all humanity. This crisis caused an increase in hospital admissions, especially in Intensive Care Units (ICU) due to the high risk of death, causing, in addition to physiological changes, psychological and social disturbances. Therefore, this research aimed to understand the movement of subjectivity of the person who was hospitalized in the ICU as a result of COVID-19, analyzing the subjective configurations of survivors as well as relating the experience of family members of people who were in this situation. In addition, it characterized the work developed by the psychologist in an ICU-COVID. It is a study based on the Theory of Subjectivity and to account for the studies of subjectivity in this perspective, the Qualitative Epistemology developed by González Rey was chosen as an epistemological basis and the methodology used was the Constructive-Interpretive. Five people participated in the research, being two male survivors of the coronavirus infection, two relatives of the respective patients and a psychologist who worked on the front line. For the production of information, the interview, the complement of sentences, the activity with figures and document analysis were used as instrumental resources. The results are presented in three main axes: the subjective meanings of illness for patients, the subjective meanings related to the experience of family members and the care proposal of psychologists on the front line in the face of the coronavirus. It was concluded that the experience of the aggravation of the COVID-19 infection generated anguish, fear and suffering and that the support of Psychology professionals on the front line was fundamental for the promotion of care carried out by the patient.

Keywords: COVID-19. Subjectivity. Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Diagrama direcionador do projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil	72
Gráfico 2 – Modelo de lista telefônica dos pacientes internados na UTI	129
Figura 1 - Vista aérea do HU-UFGD/Ebserh	63
Figura 2 - Corredor de entrada das UTI's A e B	64
Figura 3 - Entrada da UTI-A	65
Figura 4 - Entrada da UTI-B	65
Figura 5 - Sala de atendimento multiprofissional da UTI adulto	68
Figura 6 - Simulação da visita através de vidro na UTI	70
Figura 7 - Encontro entre profissionais de saúde, alta gestão do HU-UFGD e famílias de pacientes	76
Figura 8 - Psicóloga em atendimento ao familiar	125
Figura 9 - Cartilha de orientações para visita presencial na UTI – frente	131
Figura 10 - Cartilha de orientações para visita presencial na UTI – verso	132
Quadro 1 - Matéria: HU-UFGD amplia horários de visita em alguns setores e já constata benefícios	72
Quadro 2 - Processo de inclusão do paciente e seus familiares entre os anos de 2003 a 2021 na UTI	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa	58
Tabela 2 - Distribuição das psicólogas (o) por unidade assistencial	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COVID-19 - Corona Virus Disease
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EHPS - European Health Psychology Society
EPI - Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HUMAP - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
HU-UFGD - Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAVM - Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
POP - Procedimento Operacional Padrão
PPGPSICO - Programa de Pós-graduação em Psicologia
Proadi-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados
UFMS - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	16
1. CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1. A PSICOLOGIA DA SAÚDE	19
1.2. PSICOLOGIA NO CUIDADO A PESSOA COM COVID-19 NA UTI	25
1.3. SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE	32
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	36
2.1. PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL E TEORIA DA SUBJETIVIDADE	36
2.2. UMA PROPOSTA PARA A SUPERAÇÃO DO MODELO HEGEMÔNICO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA	43
3. BASES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA	45
3.1. PRESSUPOSTOS DA EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA	46
3.2. PROCESSO DE PESQUISA CONSTRUTIVO-INTERPRETATIVA	51
3.3. OBJETIVO	57
3.4. PARTICIPANTES DA PESQUISA	58
3.4.1. Critérios de Seleção	59
3.4.2. Critérios de Exclusão	60
3.5. O ESPAÇO DA PESQUISA	60
3.5.1. Caracterização do hospital	60
3.5.2. Caracterização da Unidade de Terapia Intensiva	63
3.5.3. Cenário da Pesquisa	65
3.6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	79
3.6.1. Entrevista	80
3.6.2. Complemento de frases	80
3.6.3. Atividade com Figuras	81
3.6.4. Análise documental	81
3.7. CRITÉRIOS ÉTICOS	81
4. A PRODUÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA	82

4.1. CONSTRUÇÃO DAS INFORMAÇÕES	82
4.2. APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	83
4.2.1 Luís	83
4.2.2. Vitor	84
4.2.3. Thomas	85
4.2.4. Laura	85
4.2.5. Lavínia	86
4.3. SENTIDOS SUBJETIVOS DO ADOECIMENTO POR COVID-19	87
4.3.1. Os sentidos subjetivos do adoecimento por COVID-19 de Luis	87
4.3.2. Os sentidos subjetivos do adoecimento por COVID-19 de Vitor	97
4.4. SENTIDOS SUBJETIVOS DO ADOECIMENTO POR COVID-19: A VIVÊNCIA DOS FAMILIARES	108
4.4.1. Entre a dor e o medo: a esperança de Thomas	109
4.4.2. Entre renúncias, medo e amor: a vivência de Laura	115
4.5. O PAPEL DA PSICOLOGIA NO PROCESSO DE CUIDADO EM UTI	119
4.5.1. A permanência das psicólogas e o processo de desconstrução e construção do trabalho no enfrentamento à pandemia de COVID-19	120
4.5.2. O desafio da comunicação durante a pandemia de COVID-19: estratégias que facilitaram a comunicação entre o paciente, sua família e equipe de saúde	127
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICES	00

APRESENTAÇÃO

Tenho duas armas para lutar contra o desespero, a tristeza e até a morte: o riso a cavalo e o galope do sonho. É com isso que enfrento essa dura e fascinante tarefa de viver. (Ariano Suassuna)

Os estudos sobre a intersecção saúde e Psicologia histórico-cultural iniciaram ainda na graduação do curso de Psicologia na UFMS (2009-2014) durante os estágios no Programa de Assistência ao Nascimento de Crianças Nascidas Prematuras que tinha como proposta construir ações para os bebês nascidos pré-termo e seus cuidadores, a fim de prevenir problemas de desenvolvimento, aprendizagem e saúde mental durante a trajetória de vida destas crianças. A atuação tinha como cenário o Hospital Universitário Aparecida Pedrossian (HUMAP) tanto na Unidade Neonatal, como no Ambulatório de Pediatria da instituição. Esta vivência, sua potência e o poder transformador do cuidado psicológico na instituição hospitalar foram tão impactantes para mim, que desde então, dedico minha vida e meus estudos à interface psicologia e saúde, mais precisamente, no hospital e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

São sete anos de atuação e de uma transformação intensa pessoal e profissional; são sete anos de busca pela compreensão integral do processo saúde-doença; são sete anos de uma luta a favor da subjetividade, da autonomia e do protagonismo da pessoa adoecida em um ambiente onde, tradicionalmente e por anos a fio, se especializou em neutralizar e embotar as manifestações dos sentimentos e afetos em todos os sujeitos que integram estes ambientes, sejam eles, pacientes ou equipe de saúde.

Ser psicóloga em uma Unidade de Terapia Intensiva é sobre realmente se importar e se desconstruir a cada encontro. Não é sobre intervenções, é sobre sustentar um lugar de escuta, de respeito e de atitudes que deixam claro a superação de uma hierarquização no cuidado e que, portanto, o protagonista de todos os processos no âmbito da saúde é a pessoa que busca atendimento nos serviços de saúde.

Essa dissertação de mestrado não se configura como uma produção academicista. Ela é sim carregada de afeto, de descobertas, de vida. A Psicologia que eu vivo tem dessas coisas... é impossível falar sobre essa ciência, sobre ser psicóloga, sobre o trabalho como psicóloga em uma unidade de terapia intensiva, sobre a pandemia de COVID-19, sem mobilizar uma avalanche de sentimentos e reflexões.

E nessa jornada, um dos sentimentos que predominam é a gratidão por poder construir um trabalho tão rico de sentidos, onde posso e devo SENTIR, onde posso e devo

REFLETIR, onde posso e devo QUESTIONAR, e principalmente, onde posso e devo permanecer VIVA. E mais gratidão ainda por ter feito parte de uma equipe que acolheu os sentimentos, reflexões e questionamentos de uma psicóloga incomodada e inconformada com o sofrimento não cuidado, não compartilhado. Gratidão por pertencer ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMS (PPGPSICO) que sempre me acolheu e ofereceu todo o embasamento necessário para a construção deste trabalho e para que esta vivência se tornasse força e transformação.

Para ser psicóloga (o) da saúde, sobretudo em um período pandêmico, precisamos nos indignar com a desumanidade dos processos em saúde; Para ser psicóloga (o) de verdade precisamos nos mobilizar para transformar... e transformação só se faz com amor, com exemplo e com ação.

Os 7 anos de trabalho no HU-UFGD é como se fosse uma viagem, uma viagem daquelas transformadoras. O advento da pandemia foi uma prova viva e com certeza a parte mais emocionante -por muitas vezes, aterrorizante- desta viagem. Entretanto, a construção do trabalho como psicóloga no enfrentamento a pandemia de COVID-19 foi a consolidação de todo o trabalho instituído nesta mesma Unidade de Terapia Intensiva ao longo de 6 anos. Foi 1 ano e meio na linha de frente, tempo de muitas dores e presenciando cenas que nunca mais serão apagadas da minha memória, principalmente aquelas aonde eu vi o amor gritando, mesmo em silêncio.

Nesta trajetória, aprendi que olhares, abraços, suspiros são capazes de expressar os mais intensos sentimentos humanos. As palavras se tornam tão pequenas e sem significado quando a realidade transborda a insignificância delas. O olhar, o toque, o abraço... estes sim se tornam eternos e expressivos quando o medo e a dor da morte de quem se ama se torna dia após dia mais real.

A presente dissertação de mestrado, a qual me sinto livre para expressar e construir o conhecimento, junto com os principais atores, é realmente um grande presente que a vida me deu. Mais um deles.

INTRODUÇÃO

A pandemia da *coronavirus disease 2019* (COVID-19) tem sido caracterizada como um dos maiores problemas de saúde coletiva internacional das últimas décadas, tendo atingido praticamente todo o planeta (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020a). Um acontecimento como este tem impacto direto sob a vida de toda a humanidade, portanto, trata-se de uma grave crise que ocasiona perturbações psicológicas e sociais.

Até o dia 10 de julho de 2022, mais de 555 milhões de pessoas no mundo foram acometidas pelo novo coronavírus. Destas, mais de 6 milhões foram ao óbito. No Brasil, 32 milhões de pessoas foram infectadas pelo COVID-19, sendo que 674 mil vidas foram ceifadas (OUR WORLD IN DATA, 2022). Em número absoluto, o Brasil foi o segundo país com o maior número de mortes no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América.

Essa assustadora estatística evidencia a tragédia social e política do país, refletindo diretamente na vida de cada um de nós. No contexto de profundos problemas políticos e sociais do Brasil, é impossível discutir a pandemia de COVID-19 sem considerar o contexto de desinformação e negligência através do qual atravessamos esse período que marcará a história da humanidade.

A incapacidade controlar o alastramento maciço do novo coronavírus rompeu com os constantes sucessos da vigilância epidemiológica brasileira no cuidado de pessoas, por meio de medidas preventivas coletivas. Ao invés de ampliar as recomendações de medidas de proteção populacional e individual, conforme preconizado pela comunidade científica e agências internacionais, prevaleceram ataques à ciência e às experiências históricas de enfrentamento às epidemias (WERNECK, et al, 2021).

A leitura deste trabalho se dá em um momento de maior controle da pandemia de COVID-19, no entanto, ressalto que a sua produção teve início, concomitantemente ao advento da pandemia, momento em que tudo o que tínhamos eram dúvidas e medos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia 03 de março de 2020, caracterizou o contágio causado pelo novo coronavírus como uma pandemia e declarou que os países devem adotar uma abordagem envolvendo todo o governo e toda a sociedade, construindo uma estratégia integral para prevenir infecções, salvar vidas e

minimizar o impacto. Este fenômeno vem exigindo um reordenamento das políticas de saúde, educação, econômica e social. Ademais, os agravos da pandemia atingem diretamente os serviços de saúde dos países, sobretudo a rede hospitalar.

Segundo o Ministério da Saúde, o primeiro caso de COVID-19 registrado no Brasil ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020 no estado de São Paulo. Rapidamente a doença se espalhou pelo Brasil. Como resposta, o governo federal publicou no dia 31 de março de 2020 pela portaria nº 639, a ação estratégica denominada “O Brasil conta comigo” voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus; A Psicologia, por sua vez, está entre as profissões da saúde mobilizadas para a atuação em serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde para responder à situação emergencial.

Desta forma, a cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) denominada: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 - Orientações às/aos psicólogas/os hospitalares, destaca:

Devido à pandemia COVID-19, espera-se um número crescente de internações hospitalares de casos de média e alta complexidade. Buscando atender à demanda, planos para organização de leitos e enfermarias têm sido traçados. Recomenda-se que a (o) psicóloga (o) hospitalar esteja envolvida (o) na proposição das estratégias de cuidado a pacientes, familiares e profissionais de saúde durante a pandemia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. p.02, 2020).

Em que pese algumas recomendações¹ para que as psicólogas (os) se retirassem de seus campos de trabalhos e atendessem remotamente e indiretamente, a nossa experiência demonstrou o contrário, e tornou-se imperativa a presença da Psicologia na composição das equipes de trabalho em saúde durante o enfrentamento da Pandemia de COVID-19. Isto porque trata-se de uma situação de “emergência e desastre” e como tal, requer a atuação da Psicologia no ordenamento da dinâmica dos serviços de saúde e de elaboração de propostas de interação com as equipes, com a gestão e com aqueles e aquelas que foram acometidos pelo novo coronavírus.

¹ SCHIMIDT, B. et al. Impactos na saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia. SÁ-SERAFIM, R.; BÚ, E.; NUNES, A.L. Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao COVID-19.

Além disso, as recomendações das autoridades e da cartilha supracitada reiteram a necessidade de a psicologia compor as equipes assistenciais com a proposição de estratégias de cuidado tanto aos pacientes e seus familiares, como aos profissionais de saúde. Esta asserção, portanto, vai ao encontro da vivência da psicóloga pesquisadora e trabalhadora inserida na rede de atenção pública a saúde.

No que se refere às ações que devem ser priorizadas no atendimento a pacientes com COVID-19 destaca-se o atendimento diário para pacientes com maior vulnerabilidade e risco psicológico. Isto porque:

O impacto emocional do adoecimento pode influenciar a progressão da patologia, além de aumentar sofrimento, morbidade psicológica e psiquiátrica, risco de suicídio e consequências que se estendem para além da hospitalização. Em situações de doenças infectocontagiosas de fácil transmissibilidade, as medidas de biossegurança acabam por segregar o paciente, para evitar que outras pessoas sejam infectadas. (BRASIL. p.09, 2020).

As atribuições supracitadas apontam caminhos para a atuação das psicólogas (os) hospitalares no contexto do enfrentamento da pandemia de COVID-19 e evidenciam a importância da presença destes nos serviços de saúde.

O tema da subjetividade se mantém periférico nas discussões sobre saúde e doença. Já no século XIX o discurso biomédico afastou-se do princípio hipocrático da importância da natureza humana para a cura da doença, afastando-se por definitivo do conhecimento dos mecanismos autorregulares do organismo humano como recurso essencial do processo de cura (GONZÁLEZ REY, 2011).

O trabalho desenvolvido durante a trajetória de trabalho, enquanto trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) será também considerado no decurso deste trabalho, afinal:

Como em qualquer outra atividade humana, na pesquisa, o indivíduo pode se tornar sujeito quando os processos de subjetivação gerados por ele transcendem as referências desse processo, originando novos caminhos de vida” (GONZÁLEZ REY; MITJANS MARTÍNEZ, 2017, p. 75).

Falar de saúde supõe o estímulo ao diálogo e à participação, bem como a reafirmação da individualidade na constituição dos processos coletivos. Desta forma, essa produção científica, partindo do pressuposto teórico pautado no valor da individualidade no processo de produção de saúde, sustenta-se na subjetividade e em todo o seu poder de

criar e apresentar caminhos e soluções potentes, justamente por ser produzido com e para as pessoas.

Esta proposta de pesquisa justifica-se também pelo ineditismo da temática a qual relaciona dialeticamente a pesquisa e a prática em Psicologia, colocando a ciência a favor da dignidade humana, sobretudo em um período pandêmico. Assim sendo, a presente pesquisa objetiva compreender o movimento da subjetividade da pessoa que esteve internada na UTI em decorrência da COVID-19.

1. CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada pelas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) sobre a temática: Psicologia e COVID-19. Foram incluídos estudos publicados nos anos de 2020 e 2021. A busca na plataforma SciELO com os descritores Psicologia e COVID-19 resultou em 36 artigos, sendo que destes, 11 foram excluídos por não se relacionarem a trabalhos no campo da saúde. Ademais, esta revisão de literatura será apresentada após a necessária discussão sobre Psicologia da Saúde, no tópico seguinte.

1.1. A PSICOLOGIA DA SAÚDE

O surgimento da psicologia da saúde relaciona-se à evolução dos modelos de compreensão do processo saúde e doença o qual avançou em direção à perspectiva psicossocial. Com base nesta perspectiva, a saúde passou a ser entendida como uma realidade total e integrada. No entanto, neste primeiro momento, a psicologia da saúde reproduz uma ciência biomédica, interessada em investigar características individuais invariáveis e generalizáveis (CARVALHO, 2013).

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como: saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Apesar das subsequentes críticas em relação ao conceito de saúde da OMS, naquele momento, ele representou um avanço importante.

Estados Unidos e Cuba reivindicam cada um para si a origem da Psicologia da Saúde e sua demarcação como novo campo de aplicação da Psicologia. Em Cuba, os anos

1960-1969, marcaram o início da formação profissional de psicologia nas universidades. Os primeiros psicólogos egressos se inseriram em diferentes instituições e ocorreu então, o início da integração da psicologia no sistema de saúde, priorizando o trabalho na atenção primária e nas comunidades. E assim surge o conceito de psicologia da saúde (ALVES, 2017).

Neste período, foram realizados os primeiros estudos de psicologia institucional. Vários estudos tratam de temas psicológicos em saúde reprodutiva e materno-infantil, nutrição, saúde dos escolares, entre outros tópicos. E assim, começa a integração da psicologia na formação de ensino dos profissionais de saúde.

A criação de espaços para tais discussões reflete uma visão avançada sobre fazer promoção de saúde, o qual tem importante influência nas atuais políticas de prevenção e promoção de saúde no Brasil. Em 1974 foi criada a Sociedade Cubana de Psicologia da Saúde que possivelmente foi a primeira sociedade científica com essa denominação no mundo (GARCÍA, 1981).

Nos Estados Unidos, a história da Psicologia da Saúde remonta à criação de um grupo de trabalho na década de 1970, na American Psychological Association (APA). Além disso, em resposta a uma crescente área de prática e pesquisa, em 1978 foi criada a Divisão 38, denominada Health Psychology. Os principais objetivos da Divisão 38 são avançar no estudo da Psicologia da Saúde como disciplina por meio da pesquisa e também encorajar a integração das ciências da saúde com o conhecimento psicológico, fomentando e difundindo a área.

Ainda que seja uma disciplina nova, a Psicologia da Saúde tem crescido rapidamente. Desde 1982, a APA publica a revista Health Psychology, a primeira oficial da área. Seguindo essa tendência, em 1986 foi formado na Europa, a European Health Psychology Society (EHPS, 2003), uma organização profissional que tem como objetivo promover a pesquisa teórica e empírica e suas aplicações para a Psicologia da Saúde europeia. Para tanto, cada país membro conta com sua própria associação de Psicologia da Saúde, as quais realizam atividades como congressos, simpósios, pesquisas, dentre outras atividades (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

No Brasil, autoras importantes como Spink (1992) vinculam a psicologia da saúde ao modelo da psicologia social e comunitária. Para a autora, a Psicologia da saúde é

considerada um novo campo de saber que se reestrutura a partir da inserção de psicólogos na Rede de Atenção à saúde pública e a abertura de novos campos de atuação da Psicologia.

Este novo contexto, por sua vez, vem introduzindo transformações qualitativas na prática profissional que requer novas perspectivas teóricas. A psicologia da saúde, portanto, situa as questões de saúde entre o individual e o social, o que permite compreendê-la como área de especialização da psicologia social.

Já na perspectiva teórica assumida por Alves et al (2017) a psicologia da saúde não deverá estar vinculada a uma relação de pertencimento nem à psicologia clínica nem tampouco à psicologia social. Isso porque, a compreensão da psicologia da saúde deve ser como uma disciplina autônoma e essencialmente interdisciplinar.

Essa perspectiva é utilizada para propor que a psicologia da saúde, considerada como campo de saberes e de práticas, se desenvolve sobre uma base multidisciplinar e interdisciplinar já que se articula entre os saberes e práticas originados de múltiplas disciplinas, como: a psicologia clínica, a psicologia social, a psicologia comunitária, a saúde pública/comunitária, a psicologia hospitalar, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina comportamental, entre outras.

A definição de Psicologia da Saúde mais difundida, é a asserção de MATARAZZO (1980), o qual a define como:

O conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde (MATARAZZO, 1980, p. 815).

Portanto, a Psicologia da Saúde difere-se substancialmente da Psicologia clínica tradicional, já que saúde se refere a um fenômeno complexo e multifatorial estando necessariamente integrado a diversas ciências que abordam a saúde humana.

Por isso, não se trata de transpor o modelo clássico de trabalho psicológico e psicoterápico desenvolvido em consultórios para o hospital. Trata-se, sobretudo do desenvolvimento de teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas hospitalizadas, que comumente apresentam demandas psicológicas associadas ao

processo de adoecimento, internação e tratamento. As dificuldades e sofrimentos advindos destes processos afetam o curso do adoecimento, podendo agravar o quadro destes pacientes, ou mesmo inviabilizar o processo de recuperação (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

No Brasil, o termo Psicologia Hospitalar tem sido utilizado para designar o trabalho de psicólogos em hospitais. No entanto, essa denominação é inexistente em outros países além do Brasil, já que toma como referência o local onde as atividades são desenvolvidas e não necessariamente o campo de saber.

Na perspectiva psicanalítica, Simonetti (2004) explica que o ser humano, diante do adoecimento, manifesta subjetividades: sentimentos, desejos, pensamentos e comportamentos, fantasias e lembranças, crenças, sonhos, conflitos e o estilo de adoecer. Tais aspectos podem aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patogênico, como agravante do quadro clínico, como fator de manutenção do adoecimento, ou ainda como consequência desse adoecimento.

E assim, o objetivo da psicologia hospitalar, na perspectiva psicanalítica é a elaboração simbólica do adoecimento, ou seja, ajudar o paciente a atravessar a experiência do adoecimento através de sua subjetividade. Esta área, como especialidade do referido campo de trabalho, tem como principal objetivo auxiliar o paciente em seu processo de adoecimento, visando a minimização do impacto causado pela internação (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Ademais, o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário e terciário da atenção à saúde, realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de prevenção e promoção da saúde; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico e consultoria.

Até a primeira metade de século XX o tema da saúde e dos processos de vida da pessoa não foram focalizados pela Psicologia. Isso porque, a visão intrapsíquica e determinista na representação do mental era hegemônica. Por conseguinte, a ideia de cura foi associada à eliminação do sintoma. Buscando a superação desta visão limitada sobre

a saúde humana, González Rey propõe uma abordagem que enfoca o modo de vida humano.

O modo de vida é compreendido por González Rey (2011) não como um conjunto de hábitos e comportamentos individualizados, mas sim como um sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento que ganham dimensões dominantes no espectro de comportamentos aparentemente diversos, no quais os pontos de congruência desses comportamentos passam a ser momentos de hegemonia de certas configurações subjetivas. A partir dessa compreensão, o autor salienta precisamente o porquê o modo de vida não é compatível com uma psicologia de orientação individualista.

Além disso, a questão do modelo Biomédico, apesar de recorrente nas produções da Psicologia da Saúde, torna-se, ainda, indispensável no entendimento da inserção e da finalidade do trabalho da Psicologia no contexto da saúde. Este modelo, representante do positivismo pretendia alcançar a condição de um saber “objetivo” capaz de controlar e prever os processos naturais e humanos, desenvolveu suas bases de modo que passaram a ignorar as diferenças culturais e individuais. Desta forma, o enfoque passou a ser a doença e não a pessoa. Vale ressaltar que o modelo biomédico é fundamental para o avanço das ciências da saúde, na construção de vacinas, controle de doenças etc., no entanto, não é capaz de avançar na compreensão dos fenômenos psicológicos.

A fragmentação mecanicista do organismo em órgãos atomizados, em que é considerado como o local de gênese e desenvolvimento da doença, não é capaz de compreender de que forma esse órgão inscreve-se no funcionamento complexo da pessoa em que a doença é instalada. Portanto, segundo González Rey (2015), o corpo foi tratado como uma máquina formada por partes relacionadas, mas com funcionamento independente de cada uma dessas partes.

O reducionismo biomédico é criticado pela ciência psicológica, pois o fenômeno do adoecimento requer um olhar mais abrangente, já que a saúde não é do corpo e nem da mente, é um fenômeno do *ser* humano. O modo de compreender o ser humano, culturalmente e temporalmente localizado, não se esgota no corpo e nem é passivo diante da natureza.

A assistência à saúde centraliza-se no ato de produzir procedimentos e não cuidado, desconsiderando os demais determinantes e aspectos do processo saúde-doença. O papel dos profissionais de saúde nesta lógica, é intervir física ou quimicamente para

corrigir o defeito ou disfunção, cabendo ao sujeito com a disfunção uma condição passiva e de subordinação (MITRE, ANDRADE E COTTA, 2012).

Desta forma, o psicólogo integra as equipes de saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado por meio do resgate do sujeito, bem como, propondo e reorientando para que as práticas e cuidados de saúde sejam centrados no paciente. Trata-se, sobretudo, de restituir-lhe o lugar de sujeito.

Os aspectos subjetivos, culturais e sociais do adoecimento foram profundamente desconsiderados na ciência ocidental. Esse sistema de práticas institucionalizadas levou a um sentimento de insegurança e incompetência do ser humano diante da doença, e conseqüentemente, retirada a sua capacidade de discernimento, decisão e ação em relação ao próprio adoecimento. Torna-se necessária, portanto, a compreensão de saúde humana como um processo complexo, interdisciplinar e que se configura para além da dimensão descritiva e sintomática de patologias.

Assim, o processo saúde-doença deve ser visto como resultado e simultaneamente componente dos modos de vida, ou seja, os múltiplos processos sociais colocam possibilidades variáveis, maiores ou menores, de proteção da saúde (GOMES, 2017). Assim a saúde, nesta perspectiva, não representa uma qualidade absolutamente definida na natureza do homem.

No Brasil, a Psicologia da Saúde é reconhecida oficialmente. O Ministério da Saúde em 1997 por meio da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece os psicólogos como profissionais da saúde, ampliando, portanto, a compreensão da relação saúde-doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário aos serviços de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Da mesma forma, no contexto da pandemia a ação estratégica do Ministério da Saúde denominada “O Brasil conta comigo-profissionais da saúde” para o enfrentamento à pandemia do Novo Corona vírus inclui os profissionais de Psicologia.

Estes marcos tornam-se importantes avanços na inserção da Psicologia da saúde e para tanto, devemos ter clareza da história da Psicologia, bem como, da história do desenvolvimento das ciências da saúde sob os moldes da lógica biomédica. A seguir, trataremos especificamente da inserção e não inserção da Psicologia no enfrentamento e cuidado a pessoa acometida gravemente pelo coronavírus.

1.2. PSICOLOGIA NO CUIDADO A PESSOA COM COVID-19 NA UTI

Os quadros mais graves de Covid-19 podem levar indivíduos a precisarem de cuidados intensivos. Cerca de até 15% das pessoas infectadas podem requerer internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e destes, 60 a 90% necessitam de ventilação mecânica (FENG, LING, BAI, et al. 2020). Nestes casos, o impacto psicológico se intensifica ainda mais (CASTELO BRANCO; ARRUDA, 2020).

No Brasil, as UTI's surgiram na década de 1970 e caracterizam-se como um local, dentro do hospital, destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis (CREMESP, 1995). As UTIs foram desenvolvidas para oferecer tratamento específico, constante e especializado a pacientes em estado crítico, viabilizando os melhores recursos humanos, organizacionais e tecnológicos, com o objetivo de reduzir a mortalidade e possibilitar maior cuidado aos doentes.

Trata-se de uma unidade onde se propõe intervenções que visam a sobrevivência através de procedimentos complexos e delicados, sendo estes, por vezes, fatores desencadeantes de sequelas e traumas que modificam a vida do indivíduo. Portanto, pacientes sob cuidados intensivos constituem um grupo de indivíduos em condições graves e por isso, requerem cuidados de uma equipe multidisciplinar qualificada destinada à assistência e atenção à saúde.

A internação em uma UTI é um evento sabidamente gerador de alterações emocionais devido à complexidade do atendimento prestado e aos fatores associados às experiências vividas durante a internação, tais como os procedimentos invasivos e dolorosos, o sentimento de impotência, perda de controle, e principalmente, a ameaça de morte iminente (COSTA, 2009). A rotina da UTI é caracterizada por ritmo ininterrupto e atividade constante, luzes, ruídos e aparelhos estranhos; na UTI tudo é muito urgente e grave.

Sobreviventes da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada pelo COVID-19 e seus familiares podem apresentar comprometimento cognitivo e sintomas psicológicos tais como depressão e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Estes sintomas são prevalentes entre os sobreviventes da SRAG, mas os familiares destes pacientes podem apresentar uma prevalência ainda maior de sintomas psicológicos e uma

melhora mais lenta, em comparação aos pacientes (DINGLAS, CHESSARE, DAVIS, et al. 2018).

Além disso, familiares de pacientes que morrem durante um período pandêmico são particularmente vulneráveis, isso porque, a comunicação ruim, a impossibilidade de dizer adeus, a percepção de falta de empatia por parte da equipe de saúde e a restrição de visitas são fatores que fazem com que o risco de desenvolver estresse pós traumático e luto complicado seja alto (AZOULAI, RANDALL CURTIS, KENTISH-BARNES, 2021).

No contexto da pandemia, o papel da psicologia hospitalar, frente ao cuidado em saúde mental e atenção psicossocial a pacientes e seus familiares, tem como principal objetivo o apoio ao enfrentamento da doença. O isolamento social, tanto por parte de pacientes como de seus familiares, potencializa fatores estressores, o que traz a necessidade de criar novas formas de interação social.

Uma das possibilidades de redução de danos ao isolamento necessário, foi a proposição de contato via Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Para tanto, as psicólogas (os) hospitalares precisaram se adaptar ao uso das ferramentas tecnológicas com finalidade de amenizar o sofrimento psicológico decorrente do contexto da pandemia.

Neste contexto, as TICs foram utilizadas como ferramenta de trabalho para mediar a comunicação do paciente hospitalizado com sua família, para facilitar a comunicação da equipe de saúde com a família do paciente e também para promover cuidado psicológico, mediando o contato entre psicóloga (o) e paciente hospitalizado.

A revisão de literatura realizada pelas bases de dados SciElo sobre a temática: Psicologia e COVID-19 publicados nos anos de 2020 e 2021 mostrou que houve duas modalidades recomendadas de trabalho da Psicologia no enfrentamento a pandemia de COVID-19: o trabalho remoto, mediado pelas TICs e o trabalho presencial, na linha de frente.

Um grupo de pesquisadores e profissionais brasileiros (SCHIMIDT, 2020; SERAFIM; BU; NUNES, 2020) recomendaram a realização do trabalho via remoto, de modo que a Psicologia não integraria a equipe essencial de trabalho e prestaria apoio aos profissionais da linha de frente, não infectados, oferecendo a escuta qualificada. Visualiza-se esse posicionamento na citação seguinte:

Recomenda-se que as intervenções psicológicas face a face sejam restritas ao mínimo possível (ex., atendimento a profissionais da saúde que trabalham na linha de frente e não foram infectados), para minimizar o risco de propagação do vírus. Assim, serviços psicológicos realizados por meios de tecnologia da informação e da comunicação, incluindo internet, telefone e carta, têm sido sugeridos (SCHIMIDT, et al, 2020, p.20).

Assim, a presença do profissional de Psicologia foi desencorajada neste contexto. Todas as ações propostas reforçam a necessidade de distanciamento e aposta-se nas intervenções remotas, ainda que o profissional integre o quadro de um serviço hospitalar.

Neste sentido, foram elaborados procedimentos assistenciais em psicologia hospitalar que reafirmavam a impossibilidade do contato presencial com pessoas acometidas pelo coronavírus, como demonstrada nessa orientação a seguir: “a solicitação de um atendimento de um paciente acometido por COVID-19 gera automaticamente o subprocesso de assistência psicológica por TIC” (SACRAMENTO, 2021, p. 71). Ou seja, em instituições que seguiram tais diretrizes, os atendimentos psicológicos às pessoas hospitalizadas com COVID-19 aconteceram necessariamente por meios remotos.

Ainda nesta direção, uma publicação autodenominada: Manual de Diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao COVID-19 alerta (escrito em caixa vermelha):

Pacientes suspeitos de COVID-19, ou com este diagnóstico, seja em estado moderado ou grave, NÃO TÊM INDICAÇÃO PARA RECEBER ATENÇÃO PSICOLÓGICA presencial, devido à fragilidade em sua capacidade respiratória (SERAFIM, et al, 2020, p. 12).

O manual supracitado, portanto, não só desencoraja o atendimento psicológico, como entende que pacientes com COVID-19 não tem indicação para receber atenção psicológica por causa da fragilidade respiratória, indicando o entendimento de que a atenção psicológica deve ser necessariamente verbal.

Corroborando com este entendimento, em 26 de março de 2020, foi publicada a Resolução CFP nº 4/2020, que permitiu a prestação de serviços psicológicos por meios

de tecnologia da informação e da comunicação após realização do “Cadastro e-Psi” para profissionais de todas as especialidades.

Contrariamente, a cartilha: Orientações às/aos psicólogas (os) hospitalares, da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 publicada pelo Ministério da Saúde e Fiocruz salienta:

O impacto emocional do adoecimento pode influenciar a progressão da patologia, além de aumentar sofrimento, morbidade psicológica e psiquiátrica, risco de suicídio e consequências que se estendem para além da hospitalização. Em situações de doenças infectocontagiosas de fácil transmissibilidade, as medidas de biossegurança acabam por segregar o paciente, para evitar que outras pessoas sejam infectadas (FIOCRUZ, 2020, p.09).

Ou seja, o impacto do adoecimento por COVID-19 coloca a pessoa em uma situação de vulnerabilidade biológica, social e psicológica. Ainda assim, passa a ser isolada e segregada, necessitando fazer o enfrentamento deste sofrimento de forma solitária.

A cartilha supracitada relaciona as ações a serem priorizadas no atendimento a paciente infectados pelo coronavírus, demonstrando não só que há demanda psicológica como também que há muito o que ser feito no atendimento a esta população, inclusive para aquelas e aqueles em estado grave. Seguem as orientações para o trabalho da (o) psicóloga (o) hospitalar:

Para paciente consciente:

- Orientação e psicoeducação sobre motivos e importância do isolamento, EPIs utilizados por quem entra na enfermaria e medidas de restrição à circulação;
- Corresponsabilização pelo cuidado consigo e com os membros da equipe, tanto para o paciente quanto para seu acompanhante, nos casos previstos por lei e avaliada a necessidade;
- Avaliação psicológica para identificar pacientes com maior vulnerabilidade e risco psicológico, de modo a implementar ações e fluxos que priorizem os atendimentos conforme a complexidade emocional identificada;
- Atendimento diário para pacientes com maior vulnerabilidade e risco psicológico, até que manifestações mais graves sejam reduzidas ou estabilizadas;

- Quando a prestação de serviços psicológicos se der por recursos eletrônicos (atendimento síncrono e assíncrono), respeitar as orientações do Código de Ética e as Resoluções do CFP sobre tal modalidade de atendimento;

Para pacientes inconscientes:

- Realizar estimulação sensorial, orientação alopsíquica e autopsíquica, justificar a ausência da visita e informar que será reproduzido áudio enviado pelos familiares;
- Solicitar à família envio de áudio para que seja reproduzido à beira leito para o paciente;
- Recomenda-se dar um retorno à família, informando que o áudio enviado foi reproduzido;

Outra complicação da internação de pessoas acometidas por COVID-19 é o risco de suicídio já que a dor, a incapacidade física, a atividade social reduzida, a preocupação com o prognóstico, perdas financeiras e adoecimento ou morte de familiares estão diretamente relacionadas à decisão de tirar a própria vida. Todavia, a psicóloga (o) deve estar atenta aos sinais de risco moderado e alto de suicídio.

Caso seja identificado o risco de suicídio deve-se intensificar o suporte psicológico ao paciente e solicitar parecer à psiquiatria. Além disso, deve alertar a equipe quanto as medidas de proteção e aumentar a vigilância em relação aos instrumentos que propiciem risco (FIOCRUZ, 2020).

Ademais, além do cuidado direto ao paciente, a família também requer atenção e assistência psicológica durante a hospitalização de seus entes queridos. Para o cuidado aos familiares de pacientes hospitalizados com COVID-19, a referida cartilha recomenda:

Acolhimento familiar

- Realizar acolhimento familiar no momento da admissão do paciente. Dispor de um espaço arejado que possibilite a distância necessária entre pessoas e ofereça privacidade, sempre que possível;
- Garantir também acolhimento caso a família retorne ao serviço durante a hospitalização, mesmo sendo informada de que a comunicação deverá ser prioritariamente por Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC);

- Oferecer escuta, informar sobre os procedimentos a serem realizados com o paciente, bem como explicar sobre a rotina de comunicação, os horários das visitas virtuais e o funcionamento dos boletins médicos;
- Estabelecer vínculo de confiança entre a instituição e os familiares, para que se sintam acolhidos e seguros de que o paciente será bem assistido e eles poderão acompanhar as notícias à distância;
- Cada paciente deve ter um cuidador principal de referência. Este familiar será o responsável por reunir os demais para visitas virtuais, ou mesmo por transmitir os informes;
- Considerando aspectos éticos e legais do uso de imagens do paciente, sugere-se que, na admissão, o cuidador principal assine um Termo de Responsabilidade pelo uso e pela divulgação de imagens e informações;
- Caso não seja possível coletar essas informações e realizar as orientações no momento da admissão, deve-se agendar visita presencial com um familiar, para acolhimento, orientações e assinatura do Termo de Responsabilidade.

Comunicação com familiares

- Estabelecer previamente horário fixo em que serão realizadas as chamadas para o boletim;
- Dada a suspensão das visitas presenciais nesse novo cenário e buscando a humanização do atendimento às famílias, a equipe deve entrar em contato com o cuidador principal por telefone, para repassar informações e esclarecer dúvidas;
- Em sala reservada, a equipe entra em contato com o cuidador principal por ligação e faz o primeiro contato;
- A informação do quadro do paciente deve ser fornecida pelo médico plantonista, baseada nos fatos vigentes, de forma breve e resumida, por meio de ligação de cerca de 5 minutos;
- Registrar a chamada telefônica em prontuário, com horário e nome da pessoa contatada;
- Aos pacientes que possuem aparelhos próprios com possibilidade de acesso à internet e realização de chamadas em vídeo, orientar quanto ao uso para minimizar os efeitos negativos da hospitalização.

Os cuidados citados anteriormente são de suma importância também para a prevenção e promoção de saúde das pessoas envolvidas neste contexto de emergência e desastre. A melhor e única forma de garantia de que tais cuidados sejam de fato realizados é responsabilizar-se pela realização deles, somando esforços com a equipe assistencial.

Ainda no sentido da compreensão da importância do trabalho da Psicologia na linha de frente, Castelo Branco e Arruda (2020) elaboraram um protocolo de atendimento aos pacientes com COVID-19, em desmame ventilatório², sistematizando condutas, conhecimentos teóricos e estratégias interventivas que podem ser utilizadas por psicólogas (os) neste contexto.

O estudo realizado por Castelo Branco e Arruda (2020) destaca a necessidade de cuidado psicológico para pessoas com COVID-19 em cuidados paliativos, em fase de terminalidade. Esse cuidado exige uma abordagem especializada e delicada com o paciente, quando possível, e com sua família para trabalhar o luto antecipatório, além de buscar possibilidades para potencializar a autonomia e rituais de despedida.

Outra possibilidade no contexto dos cuidados paliativos é a proposição de despedidas virtuais entre a pessoa em fim de vida e seus familiares. A experiência com outros países tem apontado que as despedidas virtuais podem minimizar os impactos futuros causados pelo distanciamento (GRINCENKOV, 2020).

Nesta realidade:

O setting é a emergência, o sofrimento dos usuários, familiares e profissionais de saúde que, conjuntamente, enfrentam uma pandemia sem precedentes. A Psicologia das Emergências atuará no comportamento das pessoas por meio da ação preventiva até o pós-trauma, incluindo vítimas e profissionais (GRINCEKOV, 2020, p. 1).

Enquanto psicóloga de um hospital universitário da rede pública de saúde, referência para o tratamento de pessoas com COVID-19 nos departamentos com a importância do trabalho do profissional da Psicologia no processo de cuidados daqueles e daquelas que foram acometidas por este vírus e que precisaram de internação em UTI.

Salienta-se que em um meio aonde a perspectiva biomédica impera, a presença efetiva da psicologia pode ser um recurso fundamental para reduzir os impactos

² O procedimento de desmame ventilatório compreende essa transição gradual da ventilação artificial para a espontânea realizada com pacientes em ventilação mecânica invasiva (intubadas) por tempo superior a 24 horas (CASTELO BRANCO; ARRUDA, 2020, p. 337).

emocionais negativos, sobretudo no contexto de calamidade pública decorrente da pandemia do novo Coronavírus.

O Ministério da Saúde estabelece a necessidade da “Presença de um (a) psicóloga (o) exclusiva (o) e presencial para cada 10 leitos ou fração na Unidade de Terapia Intensiva, com cobertura de 12 horas diárias e jornada de trabalho de seis horas/dia.” (BRASIL, p.02, 2020). Assim, fica estabelecido que as equipes de saúde em terapia intensiva brasileira devem ser compostas pelo profissional de Psicologia.

Em tempos de uma pandemia que impõe severas restrições de contato na comunidade e também dentro dos hospitais, as quais elevam os níveis de estresse e desamparo tanto da pessoa que necessita de uma internação na UTI, como de seus familiares, se faz imprescindível reafirmar a necessidade de cuidados psicológicos. Afinal, como explica González Rey, Goulart e Bezerra (2016): “o traumático não é puro desvio do determinado, mas abertura para processos inéditos”. No entanto, a atuação da psicologia neste cenário é especialmente desafiadora.

1.3. SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE

Na perspectiva da Teoria da Subjetividade a saúde é concebida como uma “produção simbólica, cultural e historicamente organizada por meio de práticas e de processos institucionais implicados nos posicionamentos frente a essa importante qualidade da vida humana, tanto por parte das pessoas, como das sociedades” (GONZÁLEZ REY, 2015, p.09).

Assim, o entendimento sobre a saúde humana vai para além dos aspectos físicos e biológicos. Ademais, saúde somática e saúde mental são momentos de um mesmo sistema. Sobre a relação entre instituições, cultura e subjetividade, explica-se que:

Nessa perspectiva, cultura, subjetividade e instituições são processos inseparáveis, na medida em que a cultura e as instituições são consideradas como produções subjetivas que encontram suas formas de objetivação nos sistemas naturalizados (GONZÁLEZ REY E BIZERRIL, 2015, p. 10).

A Teoria da Subjetividade focaliza a compreensão da configuração processual dos fenômenos humanos e não a patologização destes como entidade em abstrato ou em

critérios externos aos indivíduos. Rompe-se, portanto, com a perspectiva de universalização de processos humanos, sejam eles sintomas, emoções, etc., reafirmando que se trata de uma organização singular (MITJÁNS MARTÍNEZ, TACCA E PUENTES, 2020).

O modo de vida, a sociedade, a subjetividade e a saúde realmente constituem um sistema que não pode ser desarticulado e nem compreendido sem considerar todas as suas nuances integralizadas. Tal desarticulação ocorre e se explica apenas por um esforço analítico e pedagógico. Nesta perspectiva:

O sintoma como entidade descritiva não permite aprofundar na explicação diferenciada de sua organização subjetiva, levando à reiteração de sua presença como ritual de diagnóstico que oculta muitos elementos relevantes para o problema. (GONZÁLEZ REY, 2011, p.41).

No entanto, a subjetividade, sendo qualidade geral dos processos humanos, está presente tanto nos processos de desenvolvimento da saúde humana, quanto na gênese, desenvolvimento e mudança dos diferentes tipos de doença como experiência subjetiva.

Desta forma, no contexto da saúde, a psicologia não pode ser simplesmente uma ferramenta servil e secundária do desenvolvimento do modelo dominante biomédico, mas sim uma alternativa subversiva aos princípios que dominam a ação institucional das práticas assistenciais (GONZÁLEZ REY, 2015).

Para tanto, o diálogo é considerado um recurso primoroso para a superação do caráter instrumental dominante tanto na pesquisa científica, como nas práticas institucionais no campo da saúde, onde o indivíduo é tratado como mero provedor de dados ou como receptáculo de técnicas interventivas. Em ambos os casos, o sujeito se converte em objeto (GOULART, 2019).

A Epistemologia Qualitativa mostra-se potente para contribuir com a produção de conhecimento alternativo ao modelo biomédico ainda dominante no campo da saúde por sua compreensão da saúde humana como processo complexo, interdisciplinar e para além da dimensão descritiva e sintomática de patologias.

Sob a concepção da ética do sujeito, a tradicional busca pela identificação de comportamentos universais que possam ser rotulados e tratados com técnicas padronizadas, é substituída pela ênfase na construção de práticas educativas de caráter

dialógico por meio do estudo das configurações subjetivas, organizadas em tramas singulares de vida.

Desta forma, busca-se a promoção de uma lógica de transformação em detrimento de uma atenção pautada pela permanente associação entre doença e incapacitação e exclusão social. É fundamental ressaltar que a doença em si não é portadora de nenhum sentido subjetivo, pois, estes se produzem como resultado da relação dialética entre as emoções e os processos simbólicos, os quais aparecem consonantes aos modos como cada pessoa vive seu adoecimento.

Isto porque: “Viver a doença não é apenas uma expressão da relação direta do sujeito com as suas consequências, mas das produções do sujeito sobre ela a partir de seus recursos psicológicos atuais” (GONZÁLEZ REY, 2010, p.332). Ou seja, o sujeito é ativo no processo de produção subjetiva e ele quem deve ser focalizado durante as investigações que buscam obter inteligibilidade sobre a experiência do adoecimento, seja qual for a patologia.

A proposta de atuação da Psicologia da Saúde não busca resultados e leis universais, mas sim, se ocupa exatamente da subjetividade e de uma produção de conhecimentos que sempre implica as variações singulares.

González Rey (2004) salienta que a saúde não deve ser associada a um estado de normalidade, já que se configura como um processo no qual a pessoa participa ativamente na qualidade de sujeito. Além disso, a saúde é uma expressão plurideterminada, combinam-se fatores genéticos, sociais, psicológicos; e seu curso não é decidido pela participação ativa do homem de forma unilateral.

Com esta concepção, González Rey contribui para a superação de uma tendência da Psicologia na Saúde orientada ao controle, educação e mudança de comportamentos presumivelmente associados com a saúde e determinante do adoecimento. Sobre esta asserção, o autor postula:

O destaque à subjetividade como produção cultural e social historicamente situada compreende alternativa para as representações sociais dominantes hoje sobre os processos de saúde-adoecimento, mas também compreende alternativa teórica frente ao individualismo naturalizado que caracteriza o crescente processo de despersonalização, medicalização e patologização que define as práticas assistenciais hegemônicas no campo da saúde (GONZÁLEZ REY, 2015 p. 31).

Durante anos a orientação da Psicologia da Saúde centralizou-se no problema da doença, da patologia. Configura-se, portanto, como um desafio uma construção teórica que permita transcender sua definição para além da ausência de sintomas, o que, por sua vez, implica superar a definição de saúde em termos de normalidade e equilíbrio.

Para tanto, a saúde deve ser definida em termos do sistema que a caracteriza: o organismo humano. Tal concepção representa uma organização complexa e holística, que integra de diversas formas os diferentes processos participantes no desenvolvimento saudável do sujeito, dentre eles, a dimensão subjetiva. González Rey (1997) explica que:

Em termos de organismo humano a saúde deve ser considerada como um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos elementos subjetivos e sociais (GONZÁLEZ REY, 1997, p. 02).

A partir dos postulados de González Rey (1993), se pode definir saúde por meio dos seguintes aspectos essenciais:

1. Não se pode identificar a saúde como um estado de normalidade, pois a nível individual é um processo único e com manifestações próprias. A saúde é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas e diversas alternativas.
2. A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que constantemente se desenvolve, em que o indivíduo participa de forma ativa e consciente, como sujeito do processo.
3. Na saúde se combinam de forma estreita fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral.
4. A expressão sintomatológica da enfermidade é resultante de um processo que precede o surgimento dos sintomas. A doença, como a saúde, é um processo que se define qualitativamente antes do surgimento dos sintomas, os quais não são mais do que um momento do desenvolvimento da doença.

Na definição de saúde considerada, destaca-se a sua característica plurideterminada, singular e complexa. Esta definição de saúde torna clara sua característica integral, completa e irredutível a fórmulas únicas aplicáveis a todos os indivíduos diante de doenças similares.

Além disso, essa compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão atomizada e mecanicista do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas. Emerge, então, um novo paradigma, o da produção social da saúde (PEREIRA, BARROS & AUGUSTO, 2011).

Falar em produção social da saúde requer repensar os modelos e práticas atuais para assim, elaborar e possibilitar propostas no sentido de resgatar a participação ativa dos profissionais e dos sujeitos, construindo deste modo, práticas cotidianas em relação a uma vida realmente saudável.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL E TEORIA DA SUBJETIVIDADE

A discussão sobre os embasamentos para a compreensão dos fenômenos psicológicos e definições sobre o individual, o social e as instituições se fazem necessárias nesse trabalho. Para Vigotski (1991), a natureza sociocultural não coexiste e nem se superpõe à natureza “natural”, mas a transforma pois, devido ao desenvolvimento orgânico do homem realizar-se em um meio cultural, ele se converte em um processo biológico historicamente condicionado.

Desta forma, o caráter histórico da psicologia histórico-cultural produz três importantes desdobramentos, sendo eles: a) o tempo humano é histórico tanto do ponto de vista individual, como social; b) a psique humana está em constante processo de desenvolvimento histórico relacionado à atividade social, sendo formada no espaço-tempo da relação entre o homem e o mundo; c) o caráter mediado da psique humana, pelos instrumentos ou signos criados pelo homem (SILVA, 2012).

As funções psicológicas tipicamente humanas, tais como a memória mediada, atenção, pensamento e linguagem, por exemplo, são denominadas como funções psicológica superiores por Vigotski. Contrapõe-se a elas, as funções psicológicas inferiores ou elementares, como a memória por imagens e a atenção reflexa, que tem um caráter reflexo ou herdado.

Enfatiza-se aqui que as funções psicológicas superiores, tipicamente e eminentemente humanas, surgem em um processo de desenvolvimento histórico e culturalmente localizado (VIGOTSKI, 2004). O autor sustenta que não é possível

compreender o desenvolvimento das funções psicológicas superiores sem um estudo sociológico do desenvolvimento humano.

Vigotski defende que o objeto de estudo da psicologia deve ser a consciência e concebe:

O comportamento do homem revela-se a nós não somente como um sistema estático de reações já elaboradas, mas sim como um processo ininterrupto de aparecimento de novas conexões, de estabelecimento de novas relações de dependência, de elaboração de novos super-reflexos e, ao mesmo tempo, de interrupção e destruição das conexões anteriores de desaparecimento de reações prévias [...] como um processo dinâmico de luta entre o homem e o mundo e dentro do próprio homem (VIGOTSKI, 1991, p.157).

O trabalho e o instrumento possibilitam que o ser humano amplie seu raio de atividades. As relações mediadas e suas novas relações com o mundo é o que caracteriza o desenvolvimento superior do homem em relação aos outros animais. Sobre tal diferença, Silva (2012) explica que:

[...] a diferença essencial entre a conduta do homem e do animal não está somente na superioridade do cérebro humano, mas no fato de que é um cérebro de um ser social, e que as leis da atividade nervosa superior do homem se manifestam e atuam na personalidade humana (SILVA, 2012, p. 130).

Assim, o homem é capaz de conferir significado a sua conduta e criar, com a ajuda de signos, novas conexões no cérebro, ou seja, é o homem quem forma novas conexões, o dirige e através dele, governa seu próprio corpo e comportamento.

Vigotski postula a origem social e externa da função psicológica superior e afirma que a mesma foi uma relação social entre duas pessoas antes de se tornar função. Enuncia então, uma lei geral: “qualquer função no desenvolvimento cultural da criança aparece em cena duas vezes, em dois planos – primeiro no social, depois no psicológico - primeiro entre as pessoas como categoria interpsicológica, depois, dentro da criança, como categoria intrapsicológica” (VIGOTSKI, 2000, p.26).

Desta forma, fica clara a ênfase que Vigotski confere aos aspectos qualitativos das conexões cerebrais, e não a modificações estruturais e morfológicas do sistema nervoso. Assim, atribui ao desenvolvimento cultural e histórico a aquisição e ampliação das capacidades humanas.

Rompendo com a perspectiva dualista presente na história da Psicologia e nas ciências naturais, Vigotski defendeu a abordagem monista, pois entende que o psicológico se compõe com aspectos físicos e psíquicos unidos indissociavelmente. Ele argumenta que esta questão deve ser encarada sob o prisma de um novo tipo de desenvolvimento, o histórico. (SILVA, 2012).

Em confronto com uma visão interacionista, Vigotski reafirma que não dá para separar o sol do seu calor e, portanto, não se trata de nenhum tipo de relação entre psique, cérebro ou corpo, pois qualquer tipo de relação seria uma hipótese dualista. A explicação de Vigotski é que o desenvolvimento humano se dá em duas linhas: o desenvolvimento orgânico, relacionado à maturação biológica e o desenvolvimento cultural, com a apropriação das formas de pensamentos. Estas duas linhas, no entanto, não são separáveis (a não ser por um esforço teórico para estudá-las), mas constituem-se como duas faces de um processo único (VIGOSTKI, 2000).

Este ponto da teoria é muito importante e esclarecedor para os psicólogos atuantes nas instituições de saúde, já que são recorrentes as tentativas de explicações simplistas sobre o processo de adoecimento dos sujeitos, como se houvesse um determinante entre os aspectos biológicos e psíquicos que pudesse explicar a incidência de uma doença em um determinado sujeito.

A Psicologia histórico-cultural reconhece uma relação complexa entre sujeitos e fenômenos sociais, culturais e históricos, rompendo com qualquer linearidade que pretenda explicar a produção subjetiva como mero efeito social.

Vigotski, durante o seu período intenso e breve de produção científica não abordou o tema da subjetividade de forma direta e uma das razões foi o fato de a Psicologia soviética vigente ter feito do mundo subjetivo um tabu. No entanto, Vigotski apontou caminhos para a compreensão da realidade humana simbólico-emocional quando conceituou a categoria sentido.

Sentido é compreendido como uma categoria da consciência, a qual não se configura como uma categoria intrapsíquica fechada, mas sim, como uma categoria que se configura no processo de relação com o outro. Um sentido nunca se fecha, não se limita, não tem fronteira.

Nos anos 2000, González Rey recupera a categoria sentido em Vigotski e desenvolve a Teoria da Subjetividade, compreendendo-a não como subjetivismo, mas como um conceito que permite explicar a constante criação e adaptação do homem dentro do mundo em que vive.

A partir deste entendimento, González Rey conceitua *perejivanie* para subsidiar a emergência de uma nova representação do sistema psicológico humano. E assim, *perejivanie* permite compreender como condições da realidade que circundam os indivíduos, afetam profundamente seu modo de perceber, sentir e experimentar o que vivem, de modo único. O termo envolve, pois, o modo como o meio ambiente influencia o desenvolvimento. Portanto, o conceito de *perejivanie* pode estar conectado ao modo como os sujeitos se transformam em agentes no processo de constituição de si (VERESOV, 2016).

Na Psicologia dominante, o termo subjetividade carregou consigo perspectivas reducionistas, sendo elas, o reducionismo intrapsíquico o qual enclausurou a psique humana no próprio indivíduo, definindo a dinâmica psíquica nos processos psicológicos de forma individualista. Por outro lado, também foi dominante o reducionismo social determinista, que acreditava que a psicologia humana estava diretamente orientada por influências externas as quais agiam sobre o homem, determinando seu comportamento (SOUZA; TORRES, 2019).

Estas duas formas reducionistas de pensar a subjetividade estão cristalizadas na dicotomia individual/social, desconsiderando as dimensões cultural, histórica e social dos processos psicológicos complexos, bem como, a capacidade autogeradora da psique.

A subjetividade é compreendida como produção simbólico-emocional singular, isto é, trata-se da capacidade humana de gerar sentidos subjetivos diante das experiências vivenciadas. Desta forma, a subjetividade não tem causas externas, ela foge dessa lógica causal e expressa produções diante das situações vividas.

Souza e Torres (2019) sintetizam que a subjetividade:

1. Tem um caráter processual, singular e gerador da psique humana;
2. Inclui a consideração dos processos simbólico-emocionais nas produções psicológicas emergentes no curso das ações do sujeito;
3. Abarca as dimensões individual e social entrelaçadas como unidade no curso das experiências da pessoa;
4. Dá destaque ao sujeito, enquanto posicionamento subjetivo fundamental na qualidade de suas experiências.

Cabe destacar, portanto, que a concepção de subjetividade enquanto sistema em constante desenvolvimento e articulado com as condições de sua produção, nos permite pensar que o indivíduo não se constitui apenas enquanto respostas às questões de ordem fisiológica, psicológica, laboral, afetiva, familiar, social em uma relação direta.

Assim, essa forma de pensar a subjetividade como sistema gera uma disrupção nos determinismos socioculturais e biológicos que têm caracterizado a história do pensamento psicológico.

Os conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva constituem-se fundamentalmente como ferramentas teóricas para a produção interpretativa. Para uma melhor compreensão, tais conceitos serão melhor explicados a seguir.

Os sentidos subjetivos são a unidade básica da subjetividade, a qual está constituída pela unidade entre o simbólico e o emocional. Assim, os sentidos subjetivos representam um fluxo de emoções com múltiplas expressões simbólicas, as quais configuram seus estados emocionais dominantes, estando sempre presentes e integrados com suas possíveis decisões ao longo da vida. Nos sentidos subjetivos aparecem experiências vividas pela sua condição de gênero, papel social, raça, lugar que ocupa na trama social, etc.

Todos esses aspectos são inseparáveis da forma como o ser humano vive e sente suas relações. Deste modo, os sentidos subjetivos não estão restritos a uma determinada experiência, já que eles estão amalgamados com os sentidos subjetivos de outras vivências as quais ganham novos contornos subjetivos no curso da experiência atual.

Nessa direção, os sentidos subjetivos destacam a singularidade e complexidade de uma vivência que, teoricamente, rompe com qualquer padronização e universalização na compreensão dominante dos fenômenos psicológicos.

Entretanto, González Rey alerta que:

Os sentidos subjetivos não podem ser substancializados em conteúdos concretos, eles apenas nos permitem levantar conjecturas sobre a multiplicidade de processos que se configuram subjetivamente nos estados dominantes que caracterizam uma experiência vivida (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 51).

Os sentidos subjetivos, por sua vez, não podem ser qualificados como positivos ou negativos, já que eles representam precisamente uma dimensão do sentir que não se circunscreve ou se limita ao acontecimento vivido, pois tem uma presença consistente na organização subjetiva dos indivíduos.

A compreensão dos conceitos de agente e sujeito se tornam fundamental para o avanço nesta discussão. Nesta perspectiva o agente seria o indivíduo ou grupo social situado no devir dos acontecimentos no campo atual de experiências destes, ou seja, o

agente é aquele que cotidianamente pensa, toma decisões, gosta ou não do que acontece. Já o sujeito representa aquele que abre uma via própria de subjetivação, transcendendo o espaço social normativo, podendo criar então, opções criativas, as quais podem se expressar ou não em suas ações (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

As configurações subjetivas são compreendidas como um momento de auto-organização que emerge no fluxo caótico de sentidos subjetivos e que define o curso de uma experiência vivida, enunciando estados subjetivos dominantes.

Cabe ressaltar que as configurações subjetivas não são a soma de sentidos subjetivos, mas sim, caracterizam-se como uma formação subjetiva geradora de sentidos subjetivos que têm certa convergência entre si e que representam um dos elementos essenciais dos estados afetivos prevalentes.

Desta forma, as configurações subjetivas, por integrar sentidos subjetivos que emergem de múltiplos espaços da vida social do indivíduo, acabam por representar uma produção dominante, mas que não se esgotam ou não se fecham neste determinado campo. Assim, a conceituação de configuração subjetiva permite:

A compreensão da configuração subjetiva como categoria teórica sinaliza o giro epistemológico proposto para a geração de inteligibilidade aos fenômenos psíquicos humanos em seus diferentes campos de experiências. Um avanço teórico é destacado ao romper com noções conteudistas, generalizadoras e universais atribuídas aos fenômenos psíquicos, os quais são estéreis para estudar as formas complexas e singulares de organização e desenvolvimento subjetivos, obscurecendo os caminhos plurais e inesgotáveis com os quais as pessoas organizam suas experiências em diferentes momentos da vida (SOUZA; TORRES, 2019, p. 45).

A complexidade e movimento que o conceito de configuração subjetiva inaugura, acaba por adquirir um valor epistemológico, o qual não se pode assimilar empiricamente, de forma direta e tampouco deve ser utilizado para descrever o empírico.

Os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas se configuram como elementos centrais para a compreensão do modo subjetivo como vivemos a vida em suas dimensões social e individual. Tais dimensões, como destacado ao longo deste texto, constituem qualidades diferentes de um processo de subjetivação, mas não instâncias dicotômicas como afirmou o pensamento dominante, conferindo ao social uma espécie de domínio sobre o individual.

Para avançar na compreensão sobre subjetividade humana, torna-se fundamental abordar os conceitos de agente e sujeito desenvolvidos na perspectiva da Teoria da Subjetividade. Ressalta-se que o indivíduo configurado subjetivamente é capaz de gerar sentidos subjetivos para além de suas representações, assumindo posicionamentos e tomando decisões de modo que, o indivíduo emerge como agente ou sujeito de uma experiência ou de uma trajetória de vida. Ou seja, emergir como agente ou sujeito representa momentos ativos perante o estabelecido. De todo modo, tais posicionamentos são sociais pelo fato de existirem dentro de redes sociais, onde dialeticamente, os atos individuais se tornam sociais.

Pode-se questionar a necessidade de construir dois conceitos: agente e sujeito, se ambos compreendem o sujeito como ativo. Isso acontece porque da perspectiva da Teoria da Subjetividade não existe a passividade como espaço estático. Os autores explicam que:

[...] quando a pessoa está no extremo da sua incapacidade para tomar decisões, de refletir e de estar ativo nos múltiplos espaços de sua existência pessoal, aparece o sofrimento, que não é um estado passivo, mas, ao contrário, extremamente ativo em sua nocividade para o indivíduo, impondo-se continuamente em todas as experiências pessoais, nas quais o indivíduo não consegue gerar novos espaços de subjetivação que lhe permitam transcender esses estados dominantes (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 73).

Assim, se pode caracterizar o agente como o indivíduo ou grupo social que se situa no devir de suas experiências, participando ativamente do transcurso da vida. Já o sujeito representa aquele que abre uma via própria de subjetivação, ou seja, que é capaz de transcender o espaço social normativo, exercendo opções criativas.

Após o desenvolvimento de conceitos importantes da psicologia histórico-cultural, abordaremos a temática da ação profissional para uma discussão sobre possibilidades de sistemas profissionais e para que se possa compreender mais amplamente o conceito de intervenção profissional na psicologia em uma perspectiva cultural-histórica.

2.2. UMA PROPOSTA PARA A SUPERAÇÃO DO MODELO HEGEMÔNICO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

A visão de ser humano e de mundo que a psicologia histórico-cultural oferece, aonde os modos de vida e comportamento são construídos dialética e socialmente, de forma ativa pelos sujeitos, históricos e culturalmente localizados, pode nos proporcionar subsídios sólidos para a desconstrução de uma prática dita psicológica, orientada majoritariamente para intervenções individuais, desconsiderando os processos das instituições e das sociedades dentro das quais os comportamentos dos indivíduos e grupos acontecem.

Segundo essa proposta, a subjetividade é composta por dimensões social e individual e integram-se reciprocamente, portanto: “a subjetividade não representa uma estrutura intrapsíquica individual que determina o comportamento, mas representa uma qualidade que especifica os processos humanos nas condições da cultura” (GONZÁLEZ REY, GOULART e BEZERRA, 2016, p.55). Assim, a subjetividade é identificada como uma produção singular que caracteriza a experiência vivida.

A definição de subjetividade aqui apresentada diferencia-se qualitativamente do conceito de psique. Reitera-se que psique e subjetividade se integram, se tencionam e entram em contradição no desenvolvimento dos fenômenos humanos, no entanto, ainda que muitos dos processos psíquicos apareçam subjetivamente configurados diante de certas circunstâncias do desenvolvimento humano, uma não se reduz a outra.

A construção de uma prática a partir desta abordagem, propõe sistemas de ações profissionais para superar a proposta de intervenção psicológica, focada estritamente no âmbito individual. Tal definição traz implicações que são sistematizadas por González Rey (2016) juntamente com seus colaboradores:

1. O caráter dialógico e não diretivo das ações profissionais. O profissional deve se tornar um facilitador, um provocador, para que o diálogo emergja em sua prática profissional.
2. A ausência de respostas e mudanças em tempos curtos. As pessoas precisam amadurecer suas reflexões, a partir dos novos sentidos subjetivos que as ações profissionais vão gerando. Trata-se então, de um processo que implica desafios para os sujeitos e no qual os profissionais devem participar como interlocutores, e não como provedores de um caminho suposto como o correto.

3. Ações profissionais que possibilitem a emersão de novas configurações subjetivas, de modo que as pessoas se tornem sujeitos de suas experiências e possam se posicionar de forma ativa. É preciso, no entanto, compreender que a mudança não implica a garantia de estabilidade desse novo processo. Por isso, é necessário acompanhar por certo tempo o curso da mudança, até que se tenha elementos que sustentem a hipótese de que esse novo caminho esteja efetivamente em desenvolvimento.

Compreende-se desta proposta que a prática profissional na abordagem histórico-cultural requer uma postura dialógica, compassiva e interlocutória, compreendendo os indivíduos como sujeito ativos.

Supera-se, portanto, a noção de intervenção, em sua forma tradicional, em que o sujeito é o mero objeto das ações, e estas, por sua vez, tendem a ser mágicas, modificando o sujeito, detentor dos comportamentos patológicos. Outra característica importante é a compreensão do tempo necessário para que novas configurações subjetivas sejam construídas. De fato, a vida das pessoas vai para muito além do tempo e dos espaços da atenção psicológica.

Nesta proposta de sistemas de ações profissionais há uma estreita relação entre práticas psicoterapêuticas e educação, já que as ações devem ter como objetivo não apenas a remissão dos sintomas, mas também a integração da pessoa ao complexo contexto da vida cotidiana. Esta maneira de conceber a atuação está relacionando estreitamente a educação e a promoção do desenvolvimento subjetivo (GONZÁLEZ REY, GOULART e BEZERRA, 2016).

Cabe esclarecer que a mudança terapêutica buscada pelo sujeito em relação com a (o) profissional psicóloga (o) é simplesmente o resultado (e não a causa) da produção de novas configurações subjetivas, o que permite ao indivíduo um caminho alternativo no curso de seu caminho de vida. Seguindo tais preceitos:

As hipóteses que orientam o terapeuta não irão explicar a mudança, como pretendeu Freud e muitos dos psicoterapeutas modernos, mas constituem-se em instrumentos para facilitar a emergência do sujeito e o empreendimento de novos caminhos de vida, cujas características e desdobramentos estarão para além da intenção e do controle do terapeuta (GONZÁLEZ REY, GOULART e BEZERRA, 2016, p.57).

As tentativas de predição e controle do comportamento que permeiam as propostas das psicoterapias devem ser avaliadas criticamente por nós psicólogas (os), já

que devemos compreender que se trata de uma herança do positivismo e do modelo biomédico.

Os trabalhos de Bezerra (2014) e Goulart (2013, 2015) demonstram a importância do acompanhamento dos sujeitos para além do consultório. A integração entre processo terapêutico e educativo representa um avanço, já que o foco do trabalho passa a ser a pessoa em sua integralidade e não apenas o transtorno.

Importante salientar que nesta abordagem teórica há a concepção de que a pesquisa é inseparável das práticas profissionais dentro das instituições às quais se remetem (GOULART, 2015). A pesquisa integrada às práticas profissionais traz mais segurança e efetividade para estas; além disso, a pesquisa também se qualifica nesta relação.

Sabe-se hoje que muitos dos princípios que regem as práticas tradicionais em Psicologia tem berço no positivismo e no modelo biomédico. A tentativa irreal de neutralizar, controlar e predizer o comportamento dos indivíduos, tornando-os objeto das ações e intervenções, deve ser superada. A atuação em instituições sejam elas de saúde ou educação evidenciam ainda mais o fracasso desta abordagem. Deste modo, a superação destes pressupostos torna-se imprescindível.

Os pressupostos da abordagem histórico-cultural apontam para a construção de sistemas de ações profissionais que superam a ideia de intervenção e nos levam para um caminho desafiador e inovador, mas sobretudo efetivo e alinhado com a realidade. Além de fortalecer o compromisso ético e o respeito pelos sujeitos e suas histórias.

3. BASES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA

A presente pesquisa é de caráter qualitativo e fundamenta-se na Metodologia Construtivo-interpretativa construída por González Rey e seus colaboradores (1997, 2005a, 2005b, 2017, 2020). Sua construção é indissociável da Teoria da Subjetividade, bem como da Epistemologia Qualitativa, ou seja, esta abordagem configura uma unidade entre teoria-epistemologia-metodologia na construção do conhecimento.

Motivada pela compreensão de ser humano embasada na Psicologia histórico-cultural, Teoria da Subjetividade e pelos estudos sobre saúde coletiva, minha pergunta de pesquisa vem da inquietação e interesse em produzir saúde enquanto psicóloga durante o período mais difícil da história contemporânea da saúde: a pandemia de COVID-19.

O trabalho desenvolvido durante a trajetória de psicóloga hospitalar, enquanto trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) será também considerado no decurso desta investigação, afinal:

Como em qualquer outra atividade humana, na pesquisa, o indivíduo pode se tornar sujeito quando os processos de subjetivação gerados por ele transcendem as referências desse processo, originando novos caminhos de vida (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 75).

Nesta perspectiva, a pesquisa orientada para a compreensão dos aspectos subjetivos de um determinado processo deve compreender que o empírico é um momento de confronto, diálogo e contradição entre a teoria e a expressão dos processos estudados.

Além disso, a teoria deve acompanhar todo o processo de pesquisa, de modo que o diálogo deve aparecer como momento fundamental no percurso da pesquisa. Desta forma, supera-se a dicotomia pesquisa-prática, tão arraigada na ciência positivista.

Por fim, a pesquisa qualitativa, assumindo princípios da Epistemologia Qualitativa se configura pelo seu caráter construtivo-interpretativo, dialógico e pela legitimidade do estudo dos casos singulares.

Nas sessões subseqüentes, para melhor compreensão, aprofundaremos os estudos sobre os pressupostos da Epistemologia Qualitativa e sobre o processo de pesquisa construtiva-interpretativa.

3.1. PRESSUPOSTOS DA EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

A Epistemologia Qualitativa é construída como proposta em um momento em que a Psicologia e as ciências sociais de maneira geral buscavam ativamente uma pesquisa que se distinguísse da moldura rígida, formal e quantitativa da época. A partir da década de 1980 há o advento da pesquisa qualitativa em Psicologia, no entanto, a nova orientação referia-se estritamente a termos metodológicos. Destaca-se, no entanto, que a diferença entre pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa não é apenas metodológica, mas sim, epistemológica (GONZÁLEZ REY, 2017).

Neste momento, a Psicologia ignorou a história de seu próprio pensamento, orientando-se de forma acrítica na importação de propostas sobre pesquisa qualitativa,

em detrimento da cultura, mas em prol dos instrumentos, das medições e da ausência de pensamento teórico.

O termo epistemologia aqui é compreendido como a concepção de como é produzido o conhecimento científico sobre a subjetividade, a qual se configura como um sistema simbólico-emocional configurado tanto nos indivíduos quanto nos espaços sociais.

A nomenclatura Epistemologia Qualitativa foi cunhada em 1997 por González Rey e decorre da crítica a maneira pela qual a Psicologia aderiu à pesquisa qualitativa, como um mero recurso instrumental, sem embasamento teórico e epistemológico, banalizando posicionamentos filosóficos por meio de pesquisas que não eram capazes de explicitar a relação entre o saber filosófico e o fazer metodológico das pesquisas.

Portanto, a Epistemologia Qualitativa é concebida frente às necessidades que a reinvenção da subjetividade na psicologia cultural-histórica gerou no campo da Psicologia. Assim, a Epistemologia Qualitativa e a Metodologia Construtivo-interpretativa inserem-se como proposta e base para o estudo dos processos subjetivos individuais e sociais.

Para González Rey (2017):

Epistemologia Qualitativa e a Subjetividade representou o momento pioneiro da entrada no tema da subjetividade, de uma perspectiva diferente daquela em que o termo foi tratado na filosofia moderna do sujeito, tendo sido apresentado em sua estreita relação com o posicionamento epistemológico desenhado para o estudo (GONZÁLEZ REY, 2017, p.27).

Para avançar nos desafios teóricos da subjetividade é imprescindível ter a pesquisa como recurso básico da produção teórica, isso porque: “é nos processos de construção implicados na pesquisa e na prática profissional que as teorias avançam e tomam forma como corpos vivos, em movimento” (GONZÁLEZ REY, 2017, p.27).

Deste modo, a Epistemologia Qualitativa supera uma dualidade presente no imaginário popular e até mesmo de muitos pesquisadores de que a teoria, a prática e a pesquisa são fenômenos e processos completamente distintos. Portanto, para o autor:

Uma teoria não se legitima na pesquisa, a pesquisa e a prática profissional são os espaços nos quais as teorias existem, não como sistemas externos a elas, mas como sistemas de pensamentos

intrínsecos a esses dois tipos de prática humana (GONZÁLEZ REY, 2017, p.28).

Reitera-se, portanto, que a produção de conhecimento nesta perspectiva pode ter abrangência e desdobramentos em diversas linhas de pesquisas, para além do campo específico da Psicologia. A construção de saber à luz da Epistemologia Qualitativa é pertinente para fundamentar a produção de conhecimentos sobre os processos subjetivos nas áreas da saúde, na educação, no judiciário, no trabalho, na clínica, na política e na comunidade em geral.

A natureza dos questionamentos da ciência psicológica requer que a construção do método ofereça subsídios suficientes que suportem a busca de respostas para os questionamentos no âmbito do interesse pela subjetividade. Neste referencial, a definição de subjetividade “está atrelada a uma representação de processos humanos que implica reconhecê-los como constituídos pela cultura na sua relação com o histórico e o atual” (MORI, 2020, p. 201). E desta forma, tal concepção permite a superação da dicotomia indivíduo-sociedade, tão arraigada na compreensão dos fenômenos humanos até a atualidade.

González Rey (1997, 2003, 2005a) postula que os três fundamentos epistemológicos que sustentam a Epistemologia Qualitativa são:

1) O caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, que defende que o conhecimento é uma construção e produção humana e não uma apropriação linear de uma realidade apresentada que pode ser generalizada;

2) A compreensão da pesquisa como processo dialógico - espaço de comunicação constante, no qual os participantes se tornam sujeitos, implicados, ressaltando por sua vez, o caráter comunicacional-dialógico dos processos subjetivos;

3) A legitimação do singular como produtor do conhecimento científico, o que implica considerar a pesquisa como produção teórica a partir da construção permanente de processos de construção intelectual que acompanham o curso da pesquisa. Assim, o singular legitima a informação produzida na medida em que o pesquisador vai desenvolvendo o modelo teórico no desenrolar da pesquisa.

O diálogo, por sua vez, se configura como princípio central na representação do conhecimento por ser inseparável dos princípios desta epistemologia, isso porque o saber é um desdobramento da implicação dos indivíduos no diálogo. Para tanto:

A nossa proposta da subjetividade permite considerar a forma em que a configuração social do diálogo acontece e ao mesmo tempo explicar como esse diálogo aparece de forma diferenciada nos sujeitos implicados nele, o que nos leva a compreender tanto o diálogo como as configurações subjetivas de níveis diferentes que avançam reciprocamente através de novos momentos qualitativos em ambos, no diálogo e em seus sujeitos (GONZÁLEZ REY, 2019, p.32).

Para que se produza inteligibilidade sobre os processos subjetivos, caracteristicamente humanos, privilegia-se, nesse processo, a ontologia³ diferenciada dos sujeitos que participam dos diálogos e não os processos metodológicos.

A Epistemologia Qualitativa não se resume a soma dos três princípios sobre os quais foi definida, mas é sim, a representação integral e viva desses três atributos e seus desdobramentos na pesquisa, na prática e na própria teoria que a inspirou. Portanto, como todos os recursos da ciência, a Epistemologia Qualitativa se caracteriza como uma ferramenta para estender o pensamento imaginativo, criativo, à significação de novos processos humanos (GONZÁLEZ REY, 2019).

Esta perspectiva evidencia o valor da singularidade como fonte legítima para a produção do conhecimento científico. Para González Rey, o valor epistemológico da singularidade não reside na unicidade, mas no favorecimento de construções que permitem ampliar complexamente o modelo teórico e assim, pensar o fenômeno para além da unicidade que ele representa.

O estudo da subjetividade é possível apenas de forma indireta, já que não há acesso direto à realidade estudada. No entanto, se pode gerar inteligibilidade sobre a subjetividade com base em representações teóricas pertinentes às suas subjetividades. Seu estudo é baseado em um sistema complexo de expressões, as quais estão para além do conteúdo explícito e se articula através dos gestos, postura, fala e emocionalidade (MITJÁNS MARTÍNEZ et al, 2019).

A generalização teórica é a noção que orienta a Epistemologia Qualitativa, diferentemente da generalização indutiva ainda dominante nas pesquisas qualitativas. A generalização teórica é compreendida como a capacidade de um modelo teórico produzir novos significados e articular diferentes relações no curso da pesquisa, resultando em construções que até então, estavam ininteligíveis.

3 Compreende-se a ontologia como aqueles fenômenos diferenciados que encontram uma expressão teórica específica na ciência, permitindo novas práticas que outros saberes não permitiram (GONZÁLEZ REY, 2015).

O diálogo, nesta perspectiva, deixa de ser um processo meramente linguístico, para ser compreendido como processo de produção de novos sentidos subjetivos. Por isso o diálogo é concebido como um processo que acontece durante todo o percurso da pesquisa e não apenas em momentos específicos preestabelecidos e escolhidos pelo pesquisador. Deve ser construído um espaço relacional que promova e permita a espontaneidade das expressões.

A Epistemologia Qualitativa utiliza a fala, mas não pelos significados intencionais e conscientes em que ela se expressa. Isso porque, nem a fala nem a linguagem são os recursos primordiais para construir o conhecimento, mas sim, as formas diversas que ela é capaz de tomar, uma vez configurada subjetivamente pelo indivíduo que fala.

Nesta perspectiva, não se nega a singularidade dos sujeitos envolvidos, e assim:

O processo investigativo passa a ser entendido como espaço social aberto, que mobiliza subjetivamente seus protagonistas (pesquisadores e participantes) a tomarem posicionamentos e assumirem ações num tecido relacional vivo que pode ganhar relevância para o próprio tema pesquisado (MITJÁNS MARTÍNEZ, et al, 2020, p. 28).

A pesquisa qualifica-se, portanto, como um processo ativo que requer do pesquisador também a condição de autor e assim, seus questionamentos, ideias e especulações configuram-se como matéria-prima da construção da pesquisa.

Na Epistemologia Qualitativa, a dialogicidade refere-se a um espaço comunicativo de produção de subjetividade na relação com o outro, num processo que necessariamente tenciona os indivíduos envolvidos, facilitando a superação da lógica da resposta. O sobrepujamento desta lógica é imprescindível para a expressão da subjetividade e para a construção de conhecimento sobre ela (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2019).

Da mesma maneira, portanto, os participantes da pesquisa ou do processo psicoterapêutico devem ser tratados como sujeitos, devendo ser compreendidos como indivíduos ativos no processo dialógico.

Vale salientar, no entanto, que na Epistemologia Qualitativa a importância de considerar os participantes como indivíduos ativos no processo dialógico não significa que eles participem diretamente do processo interpretativo-constutivo de produção de conhecimento. Essa tarefa cabe ao pesquisador.

Isso porque a teoria é a linguagem por meio da qual esse processo deve acontecer, e o pesquisador é quem deve dominar as construções na perspectiva linguagem e dos conceitos dentro deste determinado modelo de pensamento.

3.2. PROCESSO DE PESQUISA CONSTRUTIVO-INTERPRETATIVA

O processo de construção de informação na perspectiva construtivo-interpretativa define a ação de pesquisa como simultaneamente teórica e dialógica. Isso significa que o momento empírico se caracteriza como sistema de relações dentro das quais se desenvolve o processo de pesquisa.

Ainda que o caráter construtivo e o caráter interpretativo sejam parte de um mesmo processo, no qual um orienta e complementa o outro, estes dois conceitos possuem particularidades que merecem atenção especial. Sobre tal diferenciação Rossato e Mitjans Martínez (2017) explicam:

O processo interpretativo é sempre a produção de um novo significado sobre eventos que, em seu relacionamento, não tem significados a priori. A interpretação das informações ocorre ao longo de toda a pesquisa e vai alimentando novas construções no processo. Cada pesquisador constrói e reconstrói o problema de pesquisa tecido pelas suas vivências e percepções sociais, históricas, culturais e, principalmente, epistemológicas. (ROSSATO & MITJANS MARTÍNEZ, 2017 p. 344).

Portanto, o caráter construtivo-interpretativo pressupõe a capacidade do pesquisador de produzir inteligibilidades a partir das informações geradas no curso da pesquisa, fundamentando-se em sua base teórica.

Ressalta-se que a dialogicidade, da maneira como é compreendida na Teoria da Subjetividade, é um processo que deve envolver os indivíduos como agentes ativos, isso porque:

Essa presença dos sujeitos ou agentes no diálogo leva a compreendê-lo como um espaço configurado subjetivamente, constantemente partilhado e em movimento, em que as configurações subjetivas dos envolvidos nele se configuram numa dinâmica tal entre si, que as produções do espaço dialógico se organizam simultaneamente com as produções diferenciadas singulares dos sujeitos ou agentes que participam desse processo (GONZÁLEZ REY; MITJANS MARTÍNEZ, 2017, p.87).

Desta forma, o processo dialógico se caracteriza sobretudo como produção subjetiva, escapando da lógica ontológica tradicional que reduz os processos humanos, omitindo a presença da subjetividade do processo de produção da informação científica.

A ciência, como prática humana, é uma produção dialógico-subjetiva, isso porque a comunicação dialógica e a subjetividade são essencialmente um atributo distintivo dos processos humanos (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

A dialogicidade se configura como o principal recuso epistemológico e metodológico que permite a ruptura com a lógica pergunta-resposta. Para tanto, o diálogo é compreendido como a capacidade de gerar mútuo engajamento emocional dentro do cenário social da pesquisa. Colocar a emoção como produção central e inseparável dos processos simbólicos dos participantes é fundamental para a sustentação da pesquisa nesta perspectiva (TORRES, 2020).

Os instrumentos de pesquisa no processo construtivo-interpretativo são evidenciados como momentos do curso dialógico com o objetivo de propiciar novas reflexões, indagações e posicionamentos do pesquisador e do participante. O processo dialógico deve possibilitar a continuidade de um processo reflexivo que favoreça o amadurecimento de expressões subjetivamente configuradas. Postula-se, então:

O que organiza o diálogo como processo específico das pesquisas humanas é precisamente a capacidade teórica, subjetiva, do pesquisador para acompanhá-lo com suas construções teóricas, com base nas quais esse diálogo é provocado, aprofundado e continuado na tensão criativa da pesquisa (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.87).

Portanto, a emergência da subjetividade do próprio pesquisador é fundamental para a produção teórica. Essa implicação subjetiva é o que permite a construção efetiva da pesquisa, já que sem a imaginação e a criatividade do pesquisador, a informação seria estéril e sem sentido para a ciência produzida pelo homem e para o homem.

O valor epistemológico da proposta construtiva-interpretativa é precisamente o reconhecimento do valor da criatividade do pesquisador de modo que não faz sentido a imputação de conceitos pré-estabelecidos, como uma receita imediata, tal como acontece na pesquisa qualitativa do legado positivista. E assim:

Esse caráter do subjetivo como produção implica que os sentidos subjetivos não possam ser estudados como expressão direta das

influências externas sobre a pessoa, mas pelas próprias construções do pesquisador, o que não permite estabelecer nenhum tipo de correlação direta nem universal entre situações objetivas da vida e as configurações subjetivas que emergem nas ações das pessoas nessas situações (GONZÁLEZ REY, 2011, p.50).

Desta forma, a proposta metodológica construtivo-interpretativa é plenamente coerente com a conceituação de subjetividade, a qual é compreendida como um sistema complexo e sem relações lineares com os sistemas que estão envolvidos em seu desenvolvimento, o que é explicado justamente pelo caráter gerador da subjetividade.

É necessário enfatizar que o peso fornecido ao diálogo conduz a pesquisa de uma epistemologia da resposta a uma epistemologia da construção já que o objetivo é que os participantes se envolvam em conversações nas quais as expressões não sejam meras respostas isoladas a estímulos apresentados pelo pesquisador, mas sim, que representem verdadeiras reflexões e construções que se articulam como um sistema no curso da conversação (GONZÁLEZ REY, 2011).

Os instrumentos, por sua vez, têm um caráter dialógico, o que implica o posicionamento sempre aberto do pesquisador, o qual se coloca sempre pronto a se comunicar com os participantes. Além disso, todos os instrumentos necessariamente devem ter uma continuidade conversacional que os integram em vários momentos da pesquisa, configurando-se como desenhos comunicacionais que requer a participação ativa do pesquisador, bem como dos participantes.

Portanto, os instrumentos, no curso da pesquisa, são tomados como favorecedores da genuína expressão dos participantes, representando uma fonte de produção da informação. Entretanto, o pesquisador deve se atentar ao fato de que as informações geradas no processo de pesquisa, não são categorias em si mesmas (ROSSATO; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2018).

A participação interpretativa e construtiva do pesquisador ao longo de toda a pesquisa se torna fundamental para que haja interlocução entre os instrumentos, gerando uma singularidade de informações que propiciam a criação de inteligibilidade sobre o fenômeno estudado.

Nesta perspectiva, os instrumentos instalam-se dentro de um cenário social, o qual representa um espaço, antes de tudo, relacional. O cenário social é constituído dentro da trama da pesquisa ou atuação profissional e se configura como espaço de socialização e subjetivação.

Os instrumentos não se apresentam como meios para se chegar a conclusões, mas sim como recursos de informações que permitem o desenvolvimento de hipóteses apoiadas em indicadores que o pesquisador vai desenvolvendo no curso da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2011).

O indicador é compreendido por González Rey (2005) como o conceito utilizado para definir significados gerados pelo pesquisador diante de certos elementos e relações entre elementos que aparecem nos diversos instrumentos e situações da pesquisa. E assim, é por meio dos indicadores que se organizam as hipóteses que vão se desenvolvendo no processo de construção das informações da pesquisa. Vale ressaltar que o indicador não representa nunca um elemento descritivo. Desta forma:

O indicador é o primeiro momento na abertura dos caminhos hipotéticos sobre os quais a construção teórica avança. Os indicadores são fontes de outras ideias que os transcendem e que aumentam e revelam seu valor heurístico no decorrer da construção teórica, ou permitem abandoná-lo quando essas novas ideias o transcendem em um caminho hipotético que se desvela de forma distinta (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 111).

A hipótese, neste caminho de pesquisa, não se configura como construção *à priori* a ser comprovada, mas é sim, o caminho pelo qual o modelo teórico avança e vai ganhando capacidade explicativa.

Goulart (2020) elucida que somente é possível ser metodologicamente consistente e coeso, sendo necessariamente teoricamente consistente também. Sendo assim, os indicadores construídos no processo de pesquisa devem apresentar necessariamente uma vinculação ao sistema da Teoria da Subjetividade e sobretudo, deve ser capaz de oferecer uma representação mais ampla da organização da subjetividade como um sistema simbólico-emocional.

O problema, na pesquisa construtivo-interpretativa, apresenta-se por um conjunto de ideias, curiosidades e sobretudo, interrogações que o pesquisador integra em uma representação inicial sobre o que deseja pesquisar. A construção do problema não se finda com a formulação de uma simples pergunta, na verdade, ele vai se desenvolvendo no curso da própria pesquisa, com o olhar crítico e reflexivo do pesquisador, apoiado nos indicadores produzidos no decorrer do processo de pesquisa. Portanto:

A pesquisa é essencial para o desenvolvimento do problema que se investiga, pois suas construções e desafios são esclarecedores para o problema que, no curso da pesquisa, se torna o modelo teórico que a orienta (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.87).

Dialeticamente, portanto, o problema vai se desdobrando quando novas informações e novas ideias surgem, como resultado do próprio processo de pesquisa, gerando novos desafios que vão se integrando no modelo teórico dentro do qual o problema avança como parte do processo de construção da informação.

Outra característica fundamental da metodologia construtivo-interpretativa é a superação da dicotomia pesquisa-prática. Isso porque a pesquisa nestes moldes requer um nível de envolvimento dos participantes com suas próprias vivências e com o processo de pesquisa que permita que a experiência com e na pesquisa se torna uma oportunidade de desenvolvimento subjetivo para os participantes. Desta forma, o processo de pesquisa implica necessariamente a inseparabilidade da pesquisa, do diagnóstico e de uma prática educativa com valor terapêutico.

A dinâmica conversacional requer que o participante tenha um espaço de expressão genuína que não seja interrompido pela pergunta pré-formulada. Nesta lógica, a pergunta não se configura como uma ruptura na fluidez das expressões do outro, mais que isso, a pergunta surge na direção de uma ação dialógica orientada ao aprimoramento e da construção de suas elaborações e expressões autênticas.

Nesta direção, segundo TORRES (2020) a dialogicidade está alimentada por dois elementos basilares:

1. A provocação: desafiar os participantes para que possam gerar alternativas de subjetivação perante processos que podem representar ameaças contra a singularização da experiência.
2. Ética do sujeito: a pesquisa pode promover, como possível desdobramento, a emergência da pessoa como sujeito/agente da sua vida. A ética do sujeito rompe com as padronizações do mundo contemporâneo, como a patologização, a medicalização, a adesão ao tratamento, etc. propondo, em contraposição, processos metodológicos que podem favorecer novas configurações subjetivas nos indivíduos, grupos e coletivos.

O modelo teórico na pesquisa construtivo-interpretativa é concebido como a articulação de indicadores e hipóteses construídos ao longo da pesquisa, o qual tem a capacidade de explicar um determinado fenômeno. Vale atentar-se ao fato de que o

modelo teórico não objetiva obter generalizações universalistas, no entanto, o processo de pesquisa pode evidenciar generalizações relativas de natureza teórica, com valor heurístico para outros casos que estejam relacionados com o mesmo fenômeno (TORRES, 2020). Ademais, o modelo teórico nesta perspectiva não objetiva a conclusão, posto que pode e deve ser enriquecido permanentemente por novos estudos, que apórtem novas ideias, informações, indicadores e hipóteses (GONZÁLEZ REY, 2019).

Sobre a definição de participantes, cabe ressaltar que a legitimidade do conhecimento produzido em pesquisa, não se confirma pela quantidade de participantes, tal como acontece na lógica da análise por generalização indutiva, mas sim pela capacidade de construção teórica, imprimindo sua relevância e especificidade na compreensão do fenômeno subjetivo estudado. Por isso:

A pesquisa, quando feita nessa perspectiva, trabalha com indivíduos e grupos, porém não parte da ideia de que uma amostra significativa, do ponto de vista populacional, irá permitir generalizar qualquer tipo de resultado. Primeiramente, porque a ideia de resultados empíricos não é a que norteia a pesquisa e, muito relacionado com isso, as expressões dos indivíduos só ganham significado no modelo teórico que o pesquisador elabora sobre a questão estudada (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 105).

O caráter da investigação, no qual interessa a subjetividade e suas expressões têm como fonte a construção teórica, a partir da análise aprofundada das manifestações individuais, no entanto, as evidências passíveis de serem quantificadas podem ganhar significado no processo construtivo-interpretativo da pesquisa. Isso significa que, tais elementos quantitativos não ganham significado pelas correlações diretas, que podem ser definidas entre elas, como acontece com as pesquisas epidemiológicas.

No âmbito da subjetividade, os dados quantitativos podem ganhar significado dentro de um sistema construtivo-interpretativo integrado por significados diferentes, com procedências também diferentes e que só terão valor explicativo no modelo teórico da pesquisa.

Uma das características fundamentais da pesquisa com base na epistemologia qualitativa é que não se pode separar a fase de trabalho de campo da fase de interpretação e construção das informações como comumente acontece na realização de pesquisas tradicionais na qual existe um momento de coleta e outro posterior, de análise das

informações. O que existe, na verdade, são momentos de construção e interpretação do conhecimento produzido (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2019).

Isso implica na asserção de que, na pesquisa sobre a subjetividade humana, não existe o dado pronto e acabado no contexto, de forma que o pesquisador seja responsável apenas por fazer sua coleta e relacionar com outros dados prontos. Este modelo de pesquisa positivista não pode ser transportado para a pesquisa no âmbito da subjetividade humana.

É necessário compreender que a lógica da construção interpretativa não se desenvolve de forma crescente ou linear. Pelo contrário, a qualidade da produção do saber provoca a curiosidade do pesquisador, assim, novos questionamentos e possibilidades vão sendo construídos no decurso da pesquisa.

Por fim, a pesquisa construtiva-interpretativa é concebida como processo social, a qual somente progride com o engajamento subjetivo dos participantes. Desta forma, os avanços depreendidos desta visão de pesquisa acabam por converter a pesquisa em um recurso importante de educação e de mudança. Essa mudança de perspectiva somente se torna possível, partindo das premissas epistemológicas que orientam essa proposta e a teoria da qual essa epistemologia emergiu.

3.3. OBJETIVO

Objetivo geral

Compreender o movimento da subjetividade de pessoas internadas na UTI em decorrência da COVID-19.

Objetivos específicos

- Analisar as configurações subjetivas da pessoa que esteve internada na UTI em decorrência da COVID-19.
- Relacionar a experiência de familiares de pessoas que estiveram em uma UTI-COVID.
- Discutir o trabalho da psicologia desenvolvido em uma UTI destinada ao atendimento de pacientes com COVID-19.

3.4. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Considerando que o objeto de interesse da Psicologia no âmbito desta pesquisa é o sujeito configurado subjetivamente, tornou-se necessário que o caminho da pesquisa perpassasse a investigação da experiência vivenciada pelas pessoas para que se pudesse obter inteligibilidade sobre o processo de adoecimento no contexto da pandemia de COVID-19.

Isso porque, os referidos indivíduos puderam evidenciar as respostas para nossos questionamentos, guiando-nos na construção de um trabalho que de fato atenda às necessidades das pessoas, as quais são o foco da investigação e da prática psicológica no âmbito das instituições de saúde.

Desta forma, fizeram parte deste estudo duas pessoas adultas que estiveram internados na UTI por conta de adoecimento provocado pelo novo coronavírus, diagnosticadas com COVID-19. Além disso, os familiares destes dois pacientes também foram entrevistados para que obtivêssemos inteligibilidade sobre a vivência da família durante o processo de internação de seu ente querido. O familiar entrevistado foi aquele que participou ativamente durante a internação de seu ente na UTI e foi o principal responsável pela recepção das notícias e do acompanhamento do tratamento.

Além disso, uma das psicólogas da instituição foi entrevistada, a fim de que se possa conhecer e analisar as principais atividades exercidas pela profissional neste contexto de trabalho. Todos os participantes aceitaram e desejaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. A caracterização dos participantes da pesquisa foi a seguinte:

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

NOME	IDADE	CIDADE	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE
Luiz	50	Dourados	Líder de produção	Ensino médio incompleto
Thomas - filho do Luiz	26	Dourados	Economista	Pós-graduação
Vitor	36	Itaporã	Motorista	Ensino médio completo
Laura - esposa do Vitor	29	Itaporã	Autônoma	Ensino médio completo
Lavínia	35	Dourados	Psicóloga	Pós-graduação

Fonte: Elaborado pela autora

Salienta-se que as pessoas que integraram a pesquisa, juntamente com seus familiares, receberam assistência e atenção psicológica da pesquisadora no período que estiveram gravemente enfermos por causa da infecção por COVID-19 em meados de maio e junho de 2021. Do mesmo modo, suas famílias estiveram constantemente sob cuidados psicológicos durante o período de internação de seus entes.

A participação dos responsáveis dos pacientes que aceitaram colaborar com este estudo, forneceu informações sobre as vivências de cuidado da equipe de saúde, com referência para a atuação do setor de Psicologia no contexto da internação dos seus familiares em UTI em decorrência da COVID-19.

Em que pese a participação da Lavínia, enquanto representante do setor de Psicologia, complementaremos as informações com as nossas experiências, visando adensar a produção teórica deste estudo.

Esta proposta possibilitou a construção de um vínculo prévio, que facilitou a criação do espaço social da pesquisa. As entrevistas, por sua vez, foram realizadas no mês de março de 2022, aproximadamente dez meses após a alta hospitalar dos participantes.

3.4.1. Critérios de seleção

Para pacientes:

- Ter sido infectado pelo coronavírus;
- Ter sido hospitalizado na UTI do HU-UFGD;
- Ser maior de 18 anos;
- Permanência de no mínimo 48 horas de internação;
- Desejar participar da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para familiares:

- Ter sido cuidador principal de uma pessoa hospitalizada na UTI do HU-UFGD por causa de infecção por coronavírus;
- Ser maior de 18 anos de idade;
- Desejar participar da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para psicóloga:

- Ter trabalhado como psicóloga na linha de frente no período da pandemia de COVID-19;
- Pertencer ao quadro de profissionais do HU-UFGD
- Desejar participar da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4.2. Critérios de exclusão

Para pacientes:

- Não desejar participar da pesquisa;
- Não ter tido uma experiência de adoecimento e infecção por COVID-19;
- Não ter sido internado na UTI do HU-UFGD;
- Ter menos de 18 anos de idade.

Para familiares:

- Não desejar participar da pesquisa;
- Não ter sido cuidador principal de uma pessoa hospitalizada na UTI do HU-UFGD por infecção por coronavírus;
- Não concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Ter menos de 18 anos de idade.

Para psicóloga:

- Não desejar participar da pesquisa;
- Não ter trabalhado como psicóloga na linha de frente no período da pandemia de COVID-19;
- Não pertencer ao quadro de profissionais do HU-UFGD
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5. O ESPAÇO DA PESQUISA

3.5.1. Caracterização do hospital

O presente estudo foi realizado na Unidade de Terapia intensiva adulto de um hospital universitário da Grande Dourados. O referido hospital está localizado no sul do estado de Mato Grosso do Sul e é referência para o atendimento na assistência pública a

saúde de 35 municípios da Região da Grande Dourados, incluindo a população indígena e de fronteira (Paraguai).

O hospital possui uma área construída de 15.596,72 m² em um terreno de 150.000 m². Sua localização geográfica é estratégica, pois situa-se no oeste do núcleo urbano de Dourados e próximo às rodovias estaduais MS-152 e MS-379; ademais tem ligação direta ao anel viário do município.

Dispõe de 186 leitos hospitalares sendo eles: 136 leitos de internação hospitalar; 25 leitos complementares de UTI tipo II (adulto e pediátrico); 10 leitos de UTI Neonatal; e 15 leitos de UTI de Cuidados Intermediários e realiza atendimentos 100% para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, conta com mais de 1.400 trabalhadores, sendo 1.100 entre empregados públicos celetistas, vinculados à rede EBSEH e servidores públicos, estatutários; e aproximadamente 300 profissionais contratados por empresas terceirizadas que prestam serviço no hospital (CARTA DE SERVIÇOS DO USUÁRIO, 2018, p. 7).

A instituição hospitalar foi fundada em 2003, naquele momento, denominada Santa Casa de Dourados e era administrado pela Sociedade Douradense de Beneficência. Tornou-se Hospital Universitário de Dourados em 2004, passando a ser administrado pela prefeitura de Dourados, através da Fundação Municipal de Saúde. Em 2008, por meio da Lei Municipal nº 3.118, o hospital passa a integrar a estrutura administrativa da UFGD, estando vinculado aos Ministérios da Educação e da Saúde, mantido com recursos dos governos Federal, Estadual e Municipal.

Segundo o Regimento Geral (2016) da instituição, o hospital se orienta em torno de doze objetivos, sejam eles:

I - Prestar assistência médico-hospitalar à população, por meio da aplicação de medidas de proteção e recuperação da saúde, de forma universalizada e igualitária, obedecendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, sem distinção de raça, origem, cor, sexo, ideologia política ou religiosa, ou qualquer outra condição;

II - Garantir e promover o acesso gratuito à assistência social e aos serviços médico hospitalares, possibilitando a manutenção de leitos hospitalares para uso do SUS em 100% (cem por cento) de sua capacidade;

III - Atuar como hospital de referência do sistema regionalizado de saúde, em conformidade com o Sistema Único de Saúde;

IV - Servir de referência nos serviços de saúde, dentro do seu nível de complexidade, na estrutura do sistema de saúde de Mato Grosso do Sul e em nível nacional;

V - Servir de campo de aprendizado e aperfeiçoamento para o ensino de graduação, e em cursos de pós-graduação - lato sensu e stricto sensu e através dos programas de residência nas profissões da área de saúde e afins;

VI - Promover pesquisas, desenvolvimento de tecnologia, produção e divulgação de informações e conhecimento técnico e científico, relacionados à área de saúde e assistência social, manutenção e custeio das unidades assistenciais e de ensino;

VII - Promover estímulo à investigação científica na área das ciências da saúde e áreas afins, bem como na elevação de nível cultural dos profissionais da área, estimulando o aperfeiçoamento e especialização, favorecendo intercâmbio de pesquisadores e professores com instituições congêneres;

VIII - Realizar em parceria com instituições de ensino, que atuam na área das ciências da saúde e gestão em saúde pública, atividades educacionais que forem estabelecidas mediante convênios;

IX - Servir de campo de estágio em todas as especialidades na área de assistência e gestão em saúde, para atender às necessidades educacionais das Universidades Públicas e/ou demais instituições de ensino conveniadas com o HU/UFGD;

X - Prestar assistência integral ao paciente e à família, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, no processo saúde doença;

XI - Permitir e incentivar a assistência voluntária e de capelania;

XII – Efetivar a Gestão Descentralizada e Participativa, contemplando a Política Nacional de Humanização.

No ano de 2013, o HU-UFGD aderiu à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual se caracteriza como uma empresa pública de direito privado, vinculado ao Ministério da Educação (MEC). A EBSERH foi criada no ano de 2011 com o objetivo de prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população brasileira, no âmbito do SUS, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, além de oferecer apoio à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Figura 1 - Vista aérea do Hospital



Fonte: site portal UFGD.

A instituição oferece programas de residência em área médica, sendo eles: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e cirurgia básica e também em área multiprofissional, sendo eles: saúde cardiovascular, saúde indígena e saúde materno-infantil; tais programas são compostos por residentes da enfermagem, nutrição e psicologia. Além disso, o hospital é campo de estágio para os cursos da área da saúde, educação, engenharias etc.

Nos anos de 2020 e 2021, durante a pandemia de COVID-19, esta instituição hospitalar tornou-se referência para atendimento de pessoas acometidas pela COVID-19 no sul do estado de Mato Grosso do Sul, chegando a possuir 34 leitos de terapia intensiva adulto, todos focados no atendimento de pessoas adultas acometidas gravemente pelo Coronavírus.

3.5.2. Caracterização da Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva adulto é composta originalmente por 14 leitos, sendo subdividida em UTI A, com 06 leitos e UTI B, com 08 leitos. Os atendimentos nessa UTI tiveram início em julho de 2004. Trata-se de uma unidade 100% SUS que é referência para atendimento de pessoas com doenças crônicas degenerativas, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatias, doenças renais crônicas, demências, etc. e também para atendimento de pessoas com doenças infectocontagiosas.

Figura 2 - Corredor de entrada das UTI's A e B



Fonte: Acervo pessoal (2022)

O corredor da imagem acima é a entrada na unidade; ele dá acesso as UTI's A e B, à sala de atendimento multiprofissional, à copa onde os profissionais fazem as refeições, aos banheiros, ao expurgo e ao descanso da Medicina, da Enfermagem e da Fisioterapia.

Os atendimentos aos pacientes internados na UTI são realizados por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiras (os), técnicas em enfermagem, médicas (os), fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista, farmacêuticos; também por profissionais de serviços de apoio: laboratório, controle de infecção hospitalar, engenharia clínica, farmácia, área administrativa etc. Além dos serviços executados por profissionais de empresas terceirizadas, tais como higienização, manutenção, recepções etc.

No período da pandemia de COVID-19 os atendimentos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto foram realizados por uma equipe multiprofissional de cerca de 200 servidores, dentre eles: enfermeiros (as), técnicos em enfermagem, médicos (as), fisioterapeutas e psicólogas. Além dos profissionais de empresas terceirizadas para atendimento de atividades de higienização, abastecimento de materiais médico-hospitalares, manutenção de infraestrutura etc.

Figura 3 - Entrada da UTI-A



Fonte: Acervo Pessoal (2022)

Figura 4 - Entrada da UTI-B



Fonte: Acervo Pessoal (2022)

Todos estes, exceto a Psicologia, trabalharam em regime de plantões, em escalas que cobrem 24 horas de assistência na unidade. A Psicologia, por sua vez, contou com duas psicólogas trabalhando em jornada de 40 horas semanais, 8 horas por dia, de segunda à sexta-feira.

3.5.3. Cenário de Pesquisa: a Psicologia na UTI

Nesta sessão será apresentada a história da inserção da Psicologia no hospital e na UTI adulto da instituição, bem como as principais dificuldades e as conquistas de um trabalho coletivo ao longo de 12 anos. A contextualização desse cenário facilitará a compreensão da inserção e produção do trabalho da Psicologia com o advento da pandemia de COVID-19.

No ano de 2010 a instituição, por meio de concurso público contratou dois profissionais para dedicarem-se ao trabalho no Hospital Universitário. Ao longo de quatro anos, esses profissionais empenharam-se a atender todo o hospital, além de darem suporte teórico-prático aos residentes da Psicologia dos programas de residência multiprofissional da instituição.

Naquele momento, existiam dois programas de residência multiprofissional: Saúde Indígena e Saúde Cardiovascular; nos quais ingressavam dois residentes de Psicologia em cada programa, todos os anos. Além disso, cada programa contava com enfermeiras (os) e nutricionistas, compondo uma equipe de assistência multiprofissional.

Desta maneira, todos os anos, havia oito residentes de Psicologia na instituição, sendo quatro R1 (residentes no primeiro ano do programa de residência) e quatro R2 (residentes no primeiro ano do programa de residência). Tais profissionais em especialização também prestavam atendimento psicológico aos pacientes internados no hospital.

No ano de 2014, com a adesão da instituição à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), foram contratadas mais quatro profissionais de Psicologia, as quais passaram a integrar o quadro de profissionais efetivos da instituição. Após a chegada das novas profissionais, a equipe, agora com seis profissionais, reuniu-se com a chefia para organizar a forma de funcionamento do trabalho da Psicologia no hospital.

Desde aquele momento, foi consensual que o serviço se organizaria de modo que cada profissional estaria dedicado a uma unidade ou duas unidades afins e que, portanto, os atendimentos não seriam realizados por meio de solicitação de resposta a pareceres, como acontece comumente em serviços de Psicologia hospitalar.

E assim, os profissionais ficaram distribuídos da seguinte maneira:

Tabela 2 - Distribuição das psicólogas (o) por unidade assistencial

Psicóloga (o)	Unidade Assistencial
1	UTI neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários
2	Psiquiatria
3	Maternidade e Unidade de Pós Cirurgia Obstétrica
4	Unidade de Terapia Intensiva Adulto A e B
5	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Enfermaria Pediátrica
6	Clínica Médica

Fonte: Elaborado pela autora

Este modo de organização, no qual o profissional se responsabiliza e se dedica à uma unidade especificamente facilitou a construção de um trabalho voltado para a resolução de problemas, prevenção e promoção de saúde, já que o vínculo estabelecido com a equipe facilitava a aceitação de propostas e construção de novos caminhos e novos processos de trabalho.

Além disso, o quantitativo de profissionais possibilitou a cobertura de quase todas as unidades assistenciais do hospital, apenas ficou descoberta a unidade de pós-cirurgia geral, a qual realiza cirurgias de baixa complexidade e que, portanto, tem uma alta rotatividade.

Para a inserção da Psicologia na UTI adulto em julho de 2014, o primeiro passo foi a realização de um diagnóstico institucional, com observações participantes e dinâmicas conversacionais com profissionais de todas as profissões, bem como com os chefes e líderes da unidade.

Desde o primeiro contato, os profissionais foram muito receptivos e empolgados com a ideia de ter uma psicóloga integrando a equipe. Tratava-se de uma equipe majoritariamente jovem e com no máximo quatro anos de trabalho na instituição.

O primeiro desafio encontrado foi a inexistência de um espaço para a comunicação de notícias difíceis, dentre elas a notícia de morte. Tais comunicações eram realizadas em pé, no corredor de entrada da UTI (figura 2), sem nenhuma privacidade e sem as mínimas condições para acolhimento. Segundo o relato dos profissionais, frequentemente familiares de pacientes caíam pelo chão durante as comunicações.

A escassez de espaços é uma realidade dos hospitais brasileiros, principalmente espaços destinados ao cuidado e ao encontro com os usuários do serviço, por isso:

A tão propalada humanização dos ambientes de saúde requer uma profunda reflexão dos arquitetos na concepção de hospitais que possam oferecer mais do que apenas espaços tecnológicos, agregando às estruturas conceitos de conforto ambiental e sustentabilidade e empregando sistemas e técnicas construtivas que possam oferecer ambientes mais legíveis e acolhedores aos usuários (COSTEIRA, 2014, p.63).

Na mesma direção, um estudo multicêntrico (RAMOS et al, 2014) demonstrou que das 162 UTI's brasileiras pesquisadas 53,1% das unidades não tinham salas de reunião com as famílias ou espaço destinado às comunicações de maneira adequada. Ou

seja, a falta de espaço destinado ao cuidado é uma realidade recorrente nos hospitais do país.

Após o levantamento do problema, a sensibilização dos profissionais, dos líderes e da gestora da unidade, foi construído um plano de ação para qualificar as comunicações na unidade, oferecendo mais dignidade e condições de construção de vínculos na relação entre a tríade: paciente, família e equipe de saúde.

A gestora, com o apoio da equipe, reorganizou os espaços de trabalho e transformou um quarto de estar da Medicina, em sala de atendimento multiprofissional. Essa foi a primeira e uma das mais importantes conquistas protagonizadas pela Psicologia. A referida sala tem uma localização privilegiada para este fim, já que é a primeira sala, ao chegar na unidade; é pequena, mas atende confortavelmente sua finalidade (figura 5).

Desta forma, esse espaço passou a servir para realizar todas as comunicações de óbito que ocorrem na unidade, reuniões entre equipe e familiares, atendimentos individuais a familiares e a equipe de saúde, quando necessário. Além de funcionar como um apoio para a realização de reuniões de equipe e ações de educação permanente, tão necessárias para a qualificação do cuidado ofertados pelos profissionais de saúde do serviço.

Figura 5 - Sala de atendimento multiprofissional da UTI adulto



Fonte: Acervo pessoal (2019)

Para uma compreensão ampliada sobre a importância da existência e da construção coletiva desse espaço, cabe a análise do termo ambiência e sua leitura sob a ótica da Política Nacional de Humanização (PNH) a qual esclarece que ambiência se refere ao tratamento dado ao espaço físico e este deve ser compreendido também como espaço social, profissional e de relações interpessoais que devem proporcionar atenção acolhedora e resolutiva.

Desta forma, o espaço deve possibilitar a produção de subjetividades e o encontro de pessoas, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho, oportunizando o reposicionamento dos sujeitos parte desse processo, os quais empoderam-se para criar caminhos ao longo da jornada de produção de cuidado (BRASIL, 2010).

A criação da sala para atendimento se caracterizou como a materialização de que há espaço para o diálogo na dinâmica desta UTI. Ademais, a disponibilidade deste local oportunizou a geração de espaços relacionais e tecnologias de cuidado na unidade, tais como as conferências familiares. A conferência familiar é caracterizada como um instrumento terapêutico utilizado pela equipe de saúde para permitir um momento de diálogo planejado. Assim:

A conferência familiar reflete uma intervenção planejada junto à família com o objetivo de auxiliar no alívio do sofrimento. É um meio eficaz de comunicação e deve ser estruturada de modo a permitir que os enfermeiros e outros profissionais de saúde forneçam informações, avaliem as necessidades do paciente e da família e criem oportunidades para tomada de decisão compartilhada em prol da interação no seio familiar (SILVA, et al, 2018).

Deste modo, a conferência familiar é uma ferramenta poderosa para a construção de soluções em situações complexas. Sua dinâmica deve necessariamente colocar o paciente e sua família como foco e reais protagonistas de suas histórias. Não surpreendentemente, a prática das Conferências Familiares é muito pouco difundida como uma estratégia resolutiva no âmbito da saúde.

Os princípios norteadores dessa prática relacionam-se com a proposta da ética do sujeito, concebida na Epistemologia Qualitativa. Isso porque a ética do sujeito pressupõe que as tramas singulares de vida sejam o foco da atenção psicológica. Além disso, incentiva-se a proposição de práticas educativas de caráter dialógico no campo da saúde,

a fim de que seja restituído o lugar de sujeito, historicamente destituído de pessoas doentes e sobretudo, hospitalizadas.

Desde o primeiro ano de trabalho, com a conquista da sala de atendimentos e a construção coletiva de conhecimento sobre essa ferramenta, as conferências familiares tornaram-se parte da rotina de trabalho na UTI. E quanto mais elas aconteciam, mais a equipe tinha convicção sobre a sua importância e seu potencial de resolutividade de problemas complexos.

No que tange às modalidades de visitação na UTI, entre os anos de 2004 a 2010 as visitas eram realizadas através dos vidros, ou seja, não era permitida a entrada dos familiares na unidade e assim, não era possível que eles conversassem, ou realizassem trocas afetivas. Este espaço era denominado aquário, em referência a visualização do interior da UTI através de vidros.

Para a realização dessas visitas, havia uma recepção específica da UTI que dava acesso ao aquário. Após a extinção dessa modalidade, essa recepção foi desativada e a porta que dava acesso ao público externo a esse espaço foi retirada. Durante 10 anos, entre 2010 e 2020, o corredor do aquário esteve com as luzes apagadas, servindo de depósito de maquinário reserva ou que aguardava manutenção. Realizamos uma simulação dessa forma de visitação:

Figura 6: simulação da visita através de vidro



Fonte: arquivo pessoal (2018)

A partir de 2010, com a chegada dos novos profissionais, por meio de concurso público, foi definido que as visitas passariam a acontecer dentro da UTI, duas vezes ao dia. Sendo uma visita de 30 minutos às 11 horas da manhã e outra visita de 30 minutos às 16 horas, totalizando uma hora de contato entre os pacientes e seus familiares. Ademais, eram recorrentes os atrasos e cancelamentos de visitas. A este período, denominamos, período de visita restritiva. É neste período que a Psicologia chega na unidade.

Em 2014, com a integração da Psicologia na UTI, foi iniciada uma sensibilização da equipe em relação aos sentimentos gerados nas famílias com a espera prolongada, sem nenhuma notícia, e com os cancelamentos. Além disso, a psicóloga passou a fazer os acolhimentos e orientações aos familiares na sala de visitas, visando proporcionar condições de entendimento sobre os sentimentos negativos gerados em decorrência das situações de espera, muito comum nestes ambientes.

Assim, foram realizadas reuniões de equipe para o enfrentamento do problema e proposição de soluções e a partir disso, foi sendo estabelecida algumas regras, o respeito ao horário de visita, ou seja, diminuição do tempo de atrasos e cancelamentos. As eventualidades nestes casos, eram explicadas, e, orientadas para que os familiares pudessem estar mais seguros quanto às condições de saúde de seus parentes internados.

A partir de 2014, começou a acontecer uma flexibilização dos horários de visitas, além de oportunizar a alguns casos, a permanência do acompanhante. Tais liberações foram acompanhadas pela Psicologia, que se encarregou de fazer as orientações aos acompanhantes, além de promover rodas de conversas para ouvir as reclamações, medos e angústias dos profissionais, já que a inserção de acompanhantes na rotina na UTI era uma ação completamente nova para estes e muitas vezes, vistas como algo errado ou como uma ação que representava perigo para o paciente por causa do controle de infecção hospitalar.

Sobre o risco de infecção hospitalar relacionado à política de visitação na UTI Malacarne (2011) esclarece:

Um estudo que comparou a incidência de infecção entre o período de visita restrita versus o período de visita aberta, na unidade de terapia intensiva, demonstrou não haver diferença significativa nas infecções adquiridas pelos pacientes nos períodos analisados. O principal risco de infecção nos pacientes internados na UTI está relacionado aos procedimentos invasivos e micro-organismos transmitidos por meio de transmissões cruzadas e não pela presença do acompanhante. (MALACARNE, 2011, p. 3).

Com o apoio do Setor de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do hospital, foram realizadas leituras científicas para esclarecer e enfrentar os anseios e resistências dos profissionais e assim, de forma respeitosa e progressiva, a presença do acompanhante passou a ser um direito dos pacientes internados na UTI do hospital a partir do ano de 2016, após dois anos de trabalho e construção com toda a equipe.

Desta forma, a partir de 2016 os familiares podiam permanecer na UTI por cerca de 10 horas ao longo do dia (das 09:00 às 20:00), o que representou um ganho substancial, comparado à uma hora que tínhamos antes, com a modalidade de visita restritiva.

Após um ano da implementação da flexibilização do horário de visita, a unidade de comunicação social da universidade publicou uma matéria em seu portal, a qual versava sobre os benefícios, os desafios e os fundamentos do direito ao acompanhante. Seguem trechos importantes da matéria:

Quadro 1 - Matéria: Hospital amplia horários de visita em alguns setores e já constata benefícios.

“O paciente internado na UTI, de maneira geral, sente muito medo e insegurança, além de ter uma fantasia de abandono, e a presença do familiar auxilia no controle da expressão destes sentimentos, trazendo maior conforto e segurança para o paciente. Anteriormente, o tratamento do Delirium era centrado no medicamento, não considerando o contexto psicossocial do paciente. Ademais, a orientação espaço-temporal do paciente acompanhado pela família fica menos comprometida”, explica a psicóloga da UTI Adulto, Francielle Marques de Lima.

Benefícios para todos

Não apenas pacientes e familiares são diretamente beneficiados com as possibilidades que a visita ampliada apresenta, mas também os profissionais da equipe assistencial, em especial no que tange à dinâmica das relações dentro da UTI, como relata a psicóloga Francielle: “É muito mais uma construção ideológica, do que de fato mudanças de infraestrutura, como a maioria pensa. A maior barreira para a efetivação da proposta é a mudança de concepção de cuidado. É histórico o registro de dificuldades na relação dos profissionais de saúde com os familiares e acompanhantes.

A cartilha ‘Visita Aberta e Direito ao Acompanhante’, do Ministério da Saúde, de 2007, faz referência à concepção de que ‘família atrapalha’, e indica como devemos desconstruir essa ideia. Hoje, com as várias experiências que realizamos, percebo que este pensamento vem sendo desfeito aqui na UTI, e já não é raro é ouvirmos relatos como ‘ficou bem mais fácil cuidar dela depois que o esposo pode estar aqui junto com ela’, ‘ele come mais e melhor, quando é a irmã quem oferece’, ‘a paciente ficou mais confiante e mais à vontade depois que a mãe começou a ficar mais tempo aqui’... Está havendo uma mudança na antiga crença de que acompanhante atrapalha e, com a oportunidade de vivência, tem-se percebido como a família pode ser um grande aliado da equipe no cuidado de pessoas com agravos de saúde.”

Com o visitante mais tempo dentro da UTI, a equipe tem a oportunidade de se aproximar ainda mais do paciente e de conhecer sua história. “Nós preparamos o acompanhante para saber o que fazer durante uma intercorrência e durante os procedimentos que expõem a intimidade dos pacientes internados. Estabelece-se assim, uma relação maior de confiança e de cumplicidade. Em muitos casos, os acompanhantes mudam completamente a forma como veem a equipe, já que, depois de permanecer mais tempo dentro da UTI, podem ver como é difícil a rotina de trabalho dos profissionais, e passam a nos valorizar ainda mais”, avalia o enfermeiro da UTI Adulto.

Fonte: Portal UFGD 27/04/2017

A matéria referenciada foi amplamente veiculada pelas mídias e representa um reconhecimento da importância da construção do trabalho e do impacto causado nas pessoas as quais foram cuidadas na instituição. Além disso, outros setores do hospital, tais como UTI neonatal e UTI pediátrica inspiraram-se para promover uma mudança em suas políticas de visitação, que até então, eram restritivas. Eugênio (2017) explica de forma concisa e clara sobre a importância da inclusão da família nos cuidados à pessoa doente:

A presença do familiar na UTI deve ser valorizada, permitida e implementada, visto que os familiares ajudam a identificar as informações do contexto de vida do paciente e suas necessidades, promovem uma interação social mantendo um elo afetivo, proporcionando uma melhor adaptação do doente e auxiliando, assim,

em sua reabilitação, do mesmo modo que o contato entre família e equipe, favorece a qualidade da assistência prestada pelos profissionais (EUGÊNIO, 2017, p. 541).

A necessidade de inclusão da família nos cuidados aos pacientes críticos é também um marcador de qualidade de assistência em uma UTI. Este conceito passou a direcionar o trabalho de toda a equipe quando em 2018 o hospital foi selecionado para participar do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) por meio do projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil.

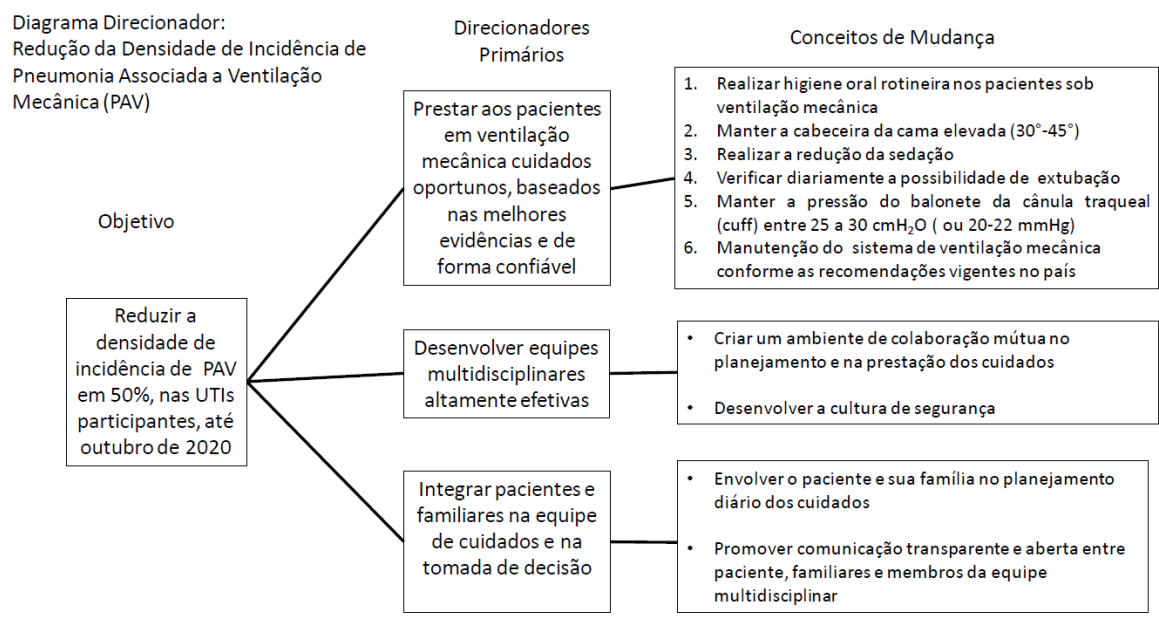
A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a ausência ou redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de sofrer danos desnecessários no curso dos cuidados de saúde. O referido projeto selecionou 120 UTI's de hospitais públicos em todo o país e tinha como principal objetivo reduzir em 50% o número de infecções relacionadas à assistência à saúde e com isso salvar 8.500 vidas, economizando R\$ 1,2 bilhão com a redução dos custos ocasionados pelas infecções, bem como, com o prolongamento do tempo de internação.

Ainda sem compreender completamente qual seria o papel da Psicologia no projeto de redução das infecções, aceitei o convite para ingressar no grupo de liderança. Dentre os três pilares para o alcance do objetivo podemos encontrar: Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão; e as ações necessárias para que a integração ocorra: 1. Envolver o paciente e sua família no planejamento diário dos cuidados e 2. Promover comunicação transparente e aberta entre paciente, familiares e membros da equipe multidisciplinar.

E assim, o discurso do protagonismo dos sujeitos e da importância da família durante o tratamento ou mesmo durante o processo de morte deixaram de ser “coisa de psicóloga” e passou a estar presente nas práticas e planejamentos de mudanças da Enfermagem, da Medicina, da Fisioterapia e da Nutrição, enfim, das práticas institucionais de modo geral.

Para o alcance dos objetivos mencionados, foram estabelecidos três direcionadores de melhorias necessárias para implementar na UTI da instituição, os quais são apresentados no diagrama direcionador:

Gráfico 1 - Diagrama direcional do projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil



Fonte: Institute for Healthcare Improvement (2017)

A valorização da dimensão subjetiva na dinâmica da UTI possibilitou a potencialização das práticas da Psicologia e a criação de novas oportunidades de inserção da família no cotidiano de cuidados, tal como, a participação nas Visitas Multiprofissionais beira-leito, com a oportunidade de escuta e considerações no plano terapêutico do paciente, de acordo com as necessidades individuais.

O fomento das boas práticas e participação dos sujeitos no estabelecimento do plano terapêutico tornaram as ações mais resolutivas, focalizando a segurança do paciente em cada prática na unidade.

A corresponsabilização e a cogestão também se tornaram realidade e como resultado, o controle social e o protagonismo dos sujeitos foram fortalecidos. Uma das ferramentas utilizadas para isso, foi a visita da alta gestão do hospital na UTI, a qual acontecia uma vez no mesmo. Essa reunião ampliada se configurava como uma oportunidade de encontro efetivo entre a área assistencial, a gestão do hospital e os familiares de pacientes para a construção de soluções e melhorias no serviço de forma coletiva.

Figura 7 - Encontro entre profissionais de saúde, alta gestão do hospital e familiares de pacientes.



Fonte: Arquivo pessoal (2018)

Tais encontros aconteceram ao longo de dois anos e todos eles contaram com a participação ativa de pacientes e seus familiares e/ou ex-pacientes. Além dos benefícios para a gestão da saúde na UTI, as reuniões traziam mais sentido e significado para o trabalho de cada profissional que tinha a oportunidade de participar dos encontros.

Todo este cenário, facilitou o estabelecimento do direito ao acompanhante também no período noturno no ano de 2018. Compreendeu-se que a indicação, o período e o tempo da presença do acompanhante deveriam ser definidos pelo paciente, juntamente com sua família, de acordo com suas possibilidades.

A equipe, portanto, avançou de um modelo protocolar, com horários pré-definidos para um modelo centrado no paciente e em suas necessidades, com horários de acompanhantes definidos de forma individualizada, podendo inclusive, ocorrer no período noturno.

Outro dispositivo de cuidado importante que passou a ser exercido de forma ativa pelos pacientes e seus familiares, foi o *round* multiprofissional o qual se caracteriza como um sistema de integração de cuidados prestados por diferentes especialidades da área da saúde, consistindo na reunião de toda a equipe multidisciplinar à beira do leito com o objetivo de planejar a assistência e a alta do paciente, de forma humanizada e individualizada (GUEUDEVILLE, 2007).

A realização de round multidisciplinar é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas para os membros da equipe. O Ministério da Saúde recomenda que pelo menos trinta minutos na rotina diária, preferencialmente sempre no mesmo horário, deve ser reservado para a realização do round multiprofissional (BRASIL, 2017).

O round multiprofissional já era uma prática implementada na UTI adulto do hospital desde meados de 2013, no entanto, seu formato foi sendo readaptado e reconstruído ao longo do tempo, passando a contar com a participação ativa do paciente e seu familiar a partir de 2018, com o impulsionamento do projeto do Proadi-SUS.

Ao longo do ano de 2019, a UTI mantinha espaços de participação e protagonismo das pessoas gravemente enfermas, juntamente com seus familiares, tais como:

- Garantia do acompanhante 24 horas por dia;
- Visitas nos três períodos do dia: manhã, tarde e noite;
- Conferências familiares rotineiramente;
- Participação ativa no encontro com a alta gestão;
- Participação ativa no round multiprofissional.

Todos esses dispositivos tinham como principal objetivo o resgate da subjetividade e da autonomia, por meio do protagonismo dos sujeitos. Todos eles foram construídos coletivamente, em um processo sustentado pelo respeito à todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Além disso, todos esses dispositivos eram assegurados pela participação ativa da Psicologia na rotina da UTI, com a realização de tarefas demandadas por elas.

Para uma melhor visualização do progresso no processo de inclusão do paciente e sua família na UTI do hospital, foi elaborado uma tabela. A seguir:

Quadro 2 - Processo de inclusão do paciente e seus familiares entre os anos de 2003 e 2021 na UTI

ANO	2003 a 2010	2010 a 2014	2014 e 2015	2016 e 2017	2018	2019	2020 e 2021
Atividade	UTI aquário	Visita restritiva	Inserção da Psicologia	Visita ampliada diurna	Direito ao acompanhante	Participação no planejamento diário	Pandemia de COVID-19
Caracterização	A entrada dos familiares era proibida. A visita acontecia através do vidro	2 visitas diurnas diariamente, totalizando 1 hora de permanência	Flexibilizações em casos específicos, com acompanhamento da Psicologia	Visita ampliada ao longo do dia, totalizando 10 horas de permanência	Direito ao acompanhante em período diurno e noturno, conforme vontade e disponibilidade do paciente e sua família	Participação ativa no round para planejamento diário dos cuidados	Visitas virtuais, visitas presenciais; conferências familiares online e funerais na UTI

Fonte: Elaborado pela autora

Podemos visualizar por meio da tabela acima uma evolução positiva nas possibilidades de inserção do paciente e seus familiares de forma ativa no processo de cuidado na UTI. Vale ressaltar que a construção dessa informação de forma linear justifica-se por uma proposta didática, já que, a vivência deste processo acontecia de forma complexa. Cada um destes avanços requeria a constante sustentação e luta pela manutenção dos direitos conquistados.

O advento da pandemia de COVID-19 em 2020 ocasionou abruptamente o desmonte de todos esses processos duramente conquistados. Literalmente, do dia para a noite, toda e qualquer participação dos familiares na UTI foi proibida, em nome da necessária contenção do contágio de coronavírus.

Este novo cenário, permeado de incertezas, medo e solidão demandou um enfrentamento e uma construção inovadora para que as pessoas hospitalizadas na UTI, suas famílias, suas histórias de vida e suas subjetividades fossem respeitadas. Compreendi, portanto, que a luta era a mesma, só haviam mudado as circunstâncias.

3.6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Cabe destacar que, nesta perspectiva de pesquisa, o instrumento se caracteriza como simples indutor de informação e recurso para conquistar a expressão comprometida, honesta e genuína das pessoas que se expressam através deles (GONZÁLEZ REY, 2010).

As entrevistas aconteceram aproximadamente 10 meses após a alta da unidade de terapia intensiva, na sala de Psicologia do hospital, em um encontro previamente agendado. Os encontros aconteceram de forma presencial com a utilização de máscaras, as quais eram requisitadas em todos os ambientes sociais.

Para González Rey (2007) não são os critérios de construção dos instrumentos que asseguram o valor dos resultados obtidos, mas sim, a qualidade da informação que aparece nas diferentes situações da pesquisa. Por isso, ressalta-se a importância do domínio da epistemologia qualitativa e da pesquisa construtiva-interpretativa durante o processo de pesquisa.

Portanto, após uma análise detida do processo de pesquisa optou-se por utilizar os seguintes instrumentos propostos pela metodologia construtiva interpretativa: entrevista, complemento de frases, atividade com figuras e análise documental.

Os instrumentos utilizados serão detalhados na próxima sessão.

3.6.1. Entrevista e dinâmica conversacional

Foi realizada uma entrevista com cada um dos cinco participantes separadamente. Este instrumento foi utilizado visando estabelecer o diálogo entre a pesquisadora e os participantes. O diálogo é um processo contínuo, que leva os participantes a amadurecerem suas ideias e ganharem novas possibilidades para se expressar por meio delas, o que favorece a emergência da subjetividade no processo da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2017).

Foi realizada uma entrevista com uma psicóloga hospitalar do hospital a fim de que possa caracterizar seu trabalho junto aos pacientes com agravos de saúde, em decorrência de infecção pelo Coronavírus. Os encontros foram gravados (apenas o áudio) para que as sessões de conversação pudessem fluir e para que as expressões fossem analisadas detalhadamente. Para isso, foi utilizado equipamento digital de gravador de voz de um aparelho telefônico, após o consentimento dos participantes. Desta forma, os registros puderam conservar as expressões, tais como silêncio, risos e repetições de forma mais fidedigna.

Foram elaboradas de três a quatro perguntas norteadoras (APÊNDICE D) especificamente para pacientes, psicóloga e familiares de pacientes. Salienta-se que a fluidez da dinâmica conversacional foi preservada, de modo que as perguntas norteadoras da entrevista funcionaram como um estímulo inicial, mas nunca se sobrepujando às expressões espontâneas dos participantes.

3.6.2. Complemento de Frases

Foi utilizado como instrumento o Complemento de Frases, instrumento aberto para o estudo da subjetividade (González Rey; Mitjans Martinez, 1989; González Rey, 1999, 2005). O complemento de frases se caracteriza como um conjunto de frases ou palavras que o participante deve completar, ou seja, trata-se de um instrumento que apresenta indutores curtos a ser preenchido. Estas expressões tomam formas singulares e decorre do que é relevante para o respondente.

Este instrumento, com 27 frases, foi apresentado aos participantes da pesquisa apenas depois que o clima dialógico e uma relação autêntica e de confiança foi construído.

O complemento de frases (APÊNDICE E), foi utilizado apenas com os pacientes. Não se trata de indutores padronizados, já que estes foram especialmente construídos para o contexto desta pesquisa. Será apresentado a seguir os indutores utilizados nessa dinâmica.

O complemento de frases se mostra bastante útil para analisar diferentes contextos da vida dos sujeitos, além de possibilitar a construção de hipóteses sobre as produções subjetivas deles.

3.6.3. Atividade com figuras

O instrumento de atividade com figuras também foi utilizado durante as entrevistas com os participantes. Trata-se de um instrumento apoiado em indutores não escritos, consideradas expressões simbólicas que objetiva facilitar a expressão.

Segundo González Rey (2005) as figuras se constituem como via idônea para provocar emoções e situar o sujeito em uma temporalidade subjetiva vivida, que comumente é mais difícil de se alcançar por outras vias.

As imagens escolhidas para esta etapa da pesquisa (APÊNDICE F) foram imagens representativas da vivência de uma pessoa contaminada pelo coronavírus que necessitou de uma internação em UTI.

Desta forma, foram apresentadas dez figuras relacionadas a vivência de hospitalização por COVID-19 na UTI e foi solicitado ao participante que escolhesse três delas. Após feitas as escolhas, foi solicitado que explicasse e justificasse cada figura escolhida. Esta atividade foi realizada com todos os participantes.

3.6.4. Análise Documental

Utilizou-se também como instrumento nesta pesquisa a análise documental. Foram analisados documentos institucionais públicos, tais como Protocolos Operacionais Padrão (POP) e cartilhas assistenciais, referentes a atuação da psicologia no contexto da pandemia. Além disso, foram analisadas as produções acadêmicas e documentais nacionais e internacionais acerca do trabalho da Psicologia nas instituições de saúde no período de enfrentamento à pandemia de COVID-19. Por fim, não foi necessária a análise de documentos privados do paciente, tal como o prontuário.

3.7. CRITÉRIOS ÉTICOS

A pesquisa, seus objetivos e suas questões norteadoras foram apresentadas aos sujeitos e participaram aqueles que se interessaram e se voluntariaram a contribuir com a pesquisa. Os participantes não serão identificados e serão utilizados nomes fictícios para se referir a eles.

O projeto de pesquisa CAEE nº 53945921.5.0000.0021 foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS para análise via submissão na Plataforma Brasil em 01 de dezembro de 2021 e aprovado em 16 de fevereiro de 2022.

A Resolução número 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual orienta a realização de pesquisas com seres humano, preconiza os critérios seguidos nessa pesquisa, sejam eles:

- Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
- Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Colegiado do Mestrado em Psicologia;
- Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário da Grande Dourados.
- Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP/UFMS.

Salientamos que todos os critérios citados foram sanados para a realização desta pesquisa, em conformidade com o estabelecido pela Resolução nº466/2012 da CNS. Ademais, para a gravação das entrevistas, foi necessária a assinatura do termo de aceite contido no TCLE por todos os participantes.

A aplicação dos instrumentos e sua respectiva gravação só foram iniciadas após o aceite dos participantes por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma para ser arquivada pela pesquisadora e outra para as participantes.

4. A PRODUÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA

4.1.CONSTRUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A pesquisa científica produzida a partir da perspectiva da Epistemologia Qualitativa é antes de tudo, um processo vivo, cultural e historicamente situado. O caminho proposto nessa pesquisa possibilita obter inteligibilidade sobre o movimento da subjetividade da pessoa que esteve internada na UTI em decorrência da COVID-19, além de analisar as configurações subjetivas da pessoa que esteve internada na UTI em decorrência da COVID-19. Ademais, propõe-se caracterizar o trabalho da psicóloga desenvolvido em uma UTI destinada ao atendimento de pacientes com COVID-19, relacionando a experiência de familiares de pessoas que estiveram em uma UTI-COVID.

Para que tal investigação fosse possível, foi realizada uma análise de todo o processo de inserção e construção do trabalho da Psicologia naquele ambiente desde a implementação do serviço até o advento da pandemia de COVID-19. Ressalta-se que a

pesquisadora é parte integrante e ativa deste processo, e sua vivência prévia possibilitou uma real imersão no ambiente, na equipe e no cuidado aos participantes dessa pesquisa.

Para o estabelecimento das dinâmicas conversacionais propostas pelo caminho metodológico da pesquisa construtiva-interpretativa, foi realizado um encontro presencial previamente agendado com os participantes, em momento mais conveniente para eles. Sabe-se, portanto que as relações dialógico-afetivas estabelecidas previamente possibilitaram e suportaram este estudo e a construção de sentidos subjetivos relacionados à vivência do adoecimento e hospitalização por COVID-19 na UTI, isso porque trata-se de uma experiência dolorosa e possivelmente traumática, a qual impactou subjetivamente os participantes dessa pesquisa.

Serão apresentados a seguir os cinco participantes da pesquisa: Luís e seu filho Thomas; Vitor e sua esposa Laura e a psicóloga Lavínia. Tais pacientes estiveram hospitalizados na UTI em meados de maio de 2021; naquele momento, participei ativamente dos cuidados destes e de seus familiares, como psicóloga da unidade, acompanhando todo o processo, desde a admissão até a alta.

As dinâmicas conversacionais, por sua vez, aconteceram em março de 2022, cerca de 10 meses após a alta da instituição. Foram obtidos 242 minutos de entrevistas com os cinco participantes. Na sessão seguinte, para o atendimento aos objetivos da pesquisa, serão apresentados os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas do adoecimento por COVID-19 e uma discussão sobre o papel da Psicologia no processo de cuidado do paciente crítico com coronavírus.

4.2. APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

4.2.1. Luís⁴

Eu perguntava pra Deus, senhor o que tá acontecendo comigo?

Que que é isso? Que coisa é essa?

Luís

Luís tem 50 anos, branco, casado, evangélico, pai de quatro filhos e reside no município de Dourados-MS. Atualmente trabalha como líder de produção em uma fábrica, mas foi empresário durante um longo período de sua vida. Mudou-se de Minas

⁴ Nomes fictícios para preservar o anonimato dos participantes.

Gerais para o Mato Grosso do Sul quando teve uma oportunidade de trabalho. Luís contraiu COVID-19 ainda durante a sua mudança para o município de Dourados.

Ele buscou o serviço público de saúde, sendo encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e após, para a UTI. Foi então admitido no serviço consciente, lúcido e comunicativo, mas por uma piora progressiva do quadro, após dois dias na UTI foi submetido ao procedimento de intubação e permaneceu em estado comatoso por sete dias. Antes da realização do procedimento de intubação, Luís foi comunicado pela equipe sobre a necessidade da utilização da ventilação mecânica.

Sobre o histórico de saúde de Luís, ele era um homem ativo, sem nenhum diagnóstico de doença crônica ou sistêmica. Entretanto, sofreu um grave acidente quando tinha 21 anos. Na ocasião, ele teve três paradas cardiorrespiratórias, fraturou a coluna cervical e lesionou as pernas. Deste acidente, ele sobreviveu sem sequelas.

Já para o tratamento da infecção por COVID-19, Luís permaneceu 14 dias internado na UTI e mais dois na enfermaria do hospital, totalizando, 16 dias de internação hospitalar para a sua recuperação.

4.2.2. Vitor

*“Eu não queria morrer, porque eu sei que a minha filha
não ia lembrar de mim, eu sei que não ia”*

Vitor

Vitor tem 36 anos, branco, casado, pai de dois filhos (uma menina de 1 ano e um menino de 12 anos), reside em Itaporã-MS e trabalha como motorista de ônibus intermunicipal. Ele foi encaminhado para a UTI com sintomas que demonstravam o agravamento da infecção por COVID-19. Ele foi admitido na UTI ainda consciente, mas após um dia de sua chegada, precisou ser submetido ao procedimento de intubação para obter suporte de ventilação mecânica. Vitor foi previamente comunicado sobre a necessidade da intubação orotraqueal.

Trata-se de um homem ativo e sem comorbidade. Ainda assim, evoluiu gravemente, permanecendo 32 dias na UTI e 18 dias na enfermaria, totalizando 50 dias

de internação hospitalar. Neste período, por causa do tempo prolongado de uso da ventilação mecânica, necessitou realizar a traqueostomia⁵.

Após nove meses da alta hospitalar, Vitor segue em processo de reabilitação, fazendo acompanhamento com pneumologista, já que teve uma seqüela pulmonar importante; retornou ao trabalho como motorista, mas em uma escala reduzida e adaptada.

4.2.3. Thomas

Eu não acho que a vida é curta, nem que ela é muito cumprida.

Eu acho que a vida acontece no tempo suficiente.

Thomas

Thomas tem 26 anos, branco, solteiro, é o segundo filho do casal, dentre quatro filhos. É formado em Economia. No momento em que o pai esteve hospitalizado por agravamento de COVID-19, ele residia no município de São Paulo - SP. Neste período, Thomas chega ao município de Dourados-MS para apoiar a mãe, o pai e os irmãos. Ele se programou para permanecer por três dias na cidade, mas ficou cerca de 30 dias, por causa da evolução ruim do quadro de saúde do pai.

Durante a internação do pai na UTI, Thomas realizava visitas diariamente e mesmo fora do horário, permanecia na área externa do hospital, para ficar mais próximo ao pai. Ele quem ficou responsável por receber as notícias do quadro clínico, as quais eram repassadas pela (o) médica (o) uma vez ao dia, em uma chamada por telefone. Ocasionalmente, as comunicações aconteciam presencialmente. Os dois dias que Luís permaneceu consciente na UTI, Thomas pôde realizar uma visita presencial a ele. Foi oferecida a paramentação necessária, para uma visita segura. Neste encontro, Thomas conta que seu pai estava fraco, mas mantinha uma comunicação não-verbal com ele e que suas últimas palavras antes da intubação foram “te amo” escritas nas grades do leito com as pontas do dedo. Durante este período, Thomas responsabilizou-se pelos cuidados com a mãe e com os irmãos, pela recepção e compartilhamento das informações sobre o quadro do pai.

⁵ Traqueostomia: intervenção cirúrgica que consiste na abertura de um orifício na traqueia e na colocação de uma cânula para a passagem de ar.

4.2.4. Laura

*Eu não queria dormir, mas ao mesmo tempo eu queria
que chegasse o amanhã
Laura*

Laura tem 29 anos, branca, casada, mãe de dois filhos (uma menina de 1 ano e um menino de 12 anos), reside em Itaporã-MS e trabalha como autônoma. Durante o período da internação do esposo Vitor, ela foi a principal responsável pelos cuidados e pela recepção das notícias do quadro clínico. Ela se dirigia ao hospital uma vez por dia para realizar a visita presencialmente, ainda que recebesse as informações sobre o quadro clínico quase sempre por telefone.

Na época da internação, a filha do casal tinha dez meses de idade e era lactente. Precisou ser desmamada de forma abrupta quando Vitor obteve alta da UTI e Laura ficou como acompanhante dele no hospital, auxiliando em sua reabilitação. Além disso, Laura foi demitida do trabalho porque legalmente não tinha direito de acompanhar o marido.

4.2.5. Lavínia

*No começo, nós nos questionamos se tínhamos que estar lá. E
nós percebemos que sim, nós TÍNHAMOS que estar.
Lavínia*

Lavínia tem 35 anos, é paranaense e solteira, moradora do município de Dourados e trabalha como psicóloga na instituição hospitalar estudada. Obteve seu título de bacharel em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina, no estado do Paraná, em 2011. Entre os anos de 2012 e 2014 foi psicóloga no Hospital Irmandade da Santa Casa de Londrina (ISCAL), o qual se caracteriza como uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que atende usuários provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particular. Trata-se de um hospital de grande porte, que realiza atendimento de urgência e emergência, além de cuidados intermediários e ambulatorial.

Em 2014, Lavínia foi aprovada no primeiro concurso público do Hospital na gestão da Rede Ebserh e passa a fazer parte da equipe de Psicologia da instituição, a qual passou a ser composta por 6 psicólogas (o) a partir da sua chegada.

Neste período da admissão, Lavínia cobriu o período de afastamento de uma das psicólogas, dedicando-se, então, à pediatria e UTI pediátrica do hospital. Após este

período, foi lotada na enfermaria de clínica médica, onde permaneceu até a chegada da pandemia de coronavírus. Além das atividades de assistência direta aos pacientes e seus familiares, Lavínia participa ativamente da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e da Comissão de Cuidados Paliativos (CCPali).

Durante a pandemia de COVID-19 e o período no qual o hospital foi referência para o tratamento de pacientes com coronavírus na região da grande Dourados, Lavínia esteve atuando na linha de frente, inicialmente na enfermaria COVID-19 e posteriormente na UTI COVID-19. Atualmente, ela atua na Unidade de Terapia Intensiva adulto, é preceptora das Residências Multiprofissionais oferecidas na instituição e está especializando-se em cuidados paliativos.

4.3. SENTIDOS SUBJETIVOS DO ADOECIMENTO POR COVID-19

Nesta sessão, serão analisados os sentidos subjetivos relacionados ao adoecimento por COVID-19 em relação à vivência da internação em uma UTI de dois participantes: Luís e Vitor, respectivamente. Esta análise protagonizada por quem de fato vivenciou as dores, os desafios, angústias e superações da internação na UTI-COVID é fundamental já que a perspectiva do usuário dos serviços públicos de saúde é constantemente negligenciada. Salienta-se sobretudo, que a análise destas vivências, seus desdobramentos na subjetividade e a produção de conhecimento subsequente aponta caminhos para a construção de políticas públicas para atendimento psicológico e cuidado humanizado em período pandêmico.

4.3.1. Os sentidos subjetivos do adoecimento por COVID-19 de Luís

Luís é admitido no hospital em transferência de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em um quadro agravado de infecção por COVID-19. Chega ao hospital consciente, orientado e com dificuldade para respirar. Sobre esta experiência de admissão para internação, ele relata que se sentiu acolhido e que recebeu “*o atendimento totalmente diferenciado... as pessoas me acolheram bem e aquilo foi me confortando*”. O elogio à equipe do hospital foi recorrente em sua entrevista, evidenciando que a atenção e o cuidado expresso nas atitudes dos profissionais colaboraram para a sua reabilitação.

Sobre a infecção por coronavírus, ele explica:

Eu e minha esposa a gente sempre se cuidou né? Perfeitamente, assim, álcool em gel e máscara. E num descuido lá na empresa, 18 pessoas pegaram COVID e eu fui o mais prejudicado (LUÍS).

Luís indica que se sente culpado por não ter sido suficientemente vigilante para não se contaminar com o vírus em seu ambiente de trabalho, conforme expressa em seu relato: “*em questão do que aconteceu comigo eu às vezes me culpo*”. No entanto, quando ele afirmou que “às vezes” se culpabiliza, indica a sua necessidade de preservar o emprego para manter o sustento da família. Esta situação colocou em risco a vida dos trabalhadores brasileiros que, durante a pandemia não tiveram escolhas para o cumprimento de medidas sanitárias, uma vez que essas eram frágeis em decorrência da falta de informações sobre o comportamento do vírus e da inexistência da articulação entre políticas de saúde e econômicas. Registre-se que esta situação foi vivenciada pelos funcionários de diversos setores do país (SANTOS, et al. 2020).

Quando questionado sobre a sua orientação no tempo e espaço durante a internação na UTI, ele explica:

Lá na UTI a gente não consegue ver, não consegue assimilar a hora. Eu também não perguntava porque para mim não importava ali a hora. O que eu queria mesmo era me reabilitar, era restaurar minha saúde ali (LUÍS).

Suas expressões indicam que ele não desejava detalhamento de informações, sendo seu único foco a recuperação de sua saúde. Não querer detalhamento de informações seria uma forma de autoproteção neste contexto? Questiona-se, portanto, o discurso hegemônico de que a informação é a salvação e a noção de que quanto mais informação, melhor. Além disso, nos acena que não se trata de qualquer conhecimento.

Desta forma, ao invés de depositar informações no paciente, colocando-o de forma passiva na relação, vale, antes, questionar: O que é que ele quer ou precisa saber? É necessário, portanto, colocá-lo na centralidade da ação, a qual é construída na relação, considerando os seus limites e necessidades, abrindo possibilidades de cuidados a serem oferecidos neste contexto.

A experiência de finitude foi muito presente e esteve relacionada principalmente com a possibilidade de intubação e ao fato de sua mãe ter morrido com COVID-19, alguns meses antes da internação de Luís. Após um dia de internação na UTI, Luís foi informado pela equipe de saúde que seria necessário intubá-lo, já que o suporte ventilatório oferecido

pela máscara não estava sendo suficiente. Neste momento *“quando chegou a notícia que iam intubar... foi um momento que eu comecei a lembrar da minha mãe, né? Depois que eu soube, eu liguei com a minha mãe, né? Minha mãe tinha intubado e infelizmente ela não voltou”*.

Em meio as contradições entre aceitar ou não a única alternativa de tratamento, e, em meio as reticências expressou a sua dúvida: *“Eu falei e agora? Será que eu...?”* Esta interrogação, complementada pela atual interlocutora, lhe deu possibilidade de falar sobre o medo da finitude e compreender a sua experiência quando verbalizou que *“eu não achei que eu ia morrer, mas eu lembrei da minha mãe. Eu lembrei da minha mãe, então veio uma mistura de sentimentos, sabe? Eu fiquei meio confuso”*. A experiência de ser cuidado gerou sentidos subjetivos contraditórios, uma vez que ao observar *“todo mundo em cima de mim, conversando comigo, querendo me tranquilizar, mas, ao mesmo tempo... Olha! Estou morrendo!”*, indicando que o cuidado expresso pela equipe da UTI estava relacionado com o agravamento do seu quadro de saúde.

Luís se apoiou na possibilidade de enfrentar o tratamento por meio da intubação em decorrência dos agravos da doença, assumindo com isso a posição de sujeito **ao acreditar na competência de cuidado que a equipe lhe demonstrou, fortalecendo a relação de confiança, conforme explicou**: *“Aí eles falaram que essa intubação ia ser pra melhor, para reabilitar minha respiração. Me explicaram tudo certinho”*. Soma-se a isso, a potência de sua espiritualidade, como recurso subjetivo, conforme ele expressou: *“Deus sabe todas as coisas, confiei muito em Deus. E confiei também neles”⁶*.

Vale ressaltar que, neste momento, os profissionais também lidam com a incerteza da reabilitação, já que é impossível prever quais pessoas se recuperarão, após o procedimento de sedação e intubação. Ainda assim, eles valorizaram o efeito positivo do processo, demonstrando competência e proporcionando aos envolvidos a segurança para consentirem o referido tratamento.

A informação técnica oferecida sobre “reabilitar a respiração” somada à relação de confiança estabelecida com os profissionais de saúde, possibilitou que Luís se fortalecesse para o enfrentamento da situação que ora se encontrava, apegando-se na esperança de sobreviver. Além disso, os sentimentos confusos e temores no que tange à morte expressos por Luís, podem estar relacionados à compreensão do encontro com o

⁶ Refere-se aos profissionais de saúde.

desconhecido, a qual está muito presente na subjetividade social decorrente da experiência com o seu familiar que resultou no óbito.

De acordo com Combinato e Queiroz (2011) a morte compõe o processo de desenvolvimento humano e está presente no cotidiano da sociedade. Apesar disso, a cultura ocidental moderna nega sua existência e carrega como paradigma o modelo biomédico, o qual imprime uma separação radical tanto entre o doente e a doença como entre a vida e a morte.

Está presente na subjetividade social dos profissionais e dos pacientes da UTI que **a intubação indica o agravamento do estado de saúde, e que a pessoa que necessita do procedimento está na iminência de ir a óbito.** Assim, o processo de intubação se configurou como um desafio para Luís, pois, ao mesmo tempo que ele reconhecia a possibilidade da morte, uma vez que a sua mãe não resistiu ao referido procedimento, também encontrava argumentos para justificar que a sua história poderia ter outro desfecho, por ter características distintas de sua progenitora. A identificação da configuração subjetiva sobre a relação saúde-doença foi valiosa nesta dialogia, proporcionando condições para que o paciente mobilizasse recursos subjetivos necessários, como a fé e a confiança na equipe para o enfrentamento do desafio em curso.

Luís foi atribuindo um outro sentido subjetivo aos procedimentos invasivos disponíveis para a sua recuperação, assim a temida intubação foi sendo compreendida como possibilidade de tratamento. Portanto, a preparação ganha um importante significado diante da iminência da morte, mobilizando recursos para a elaboração de novos sentidos subjetivos, seja de esperança de recuperação e sobrevivência, seja em relação ao enfrentamento da possibilidade de sua finitude.

A sua fé religiosa foi um recurso subjetivo potente, o qual se aprofundou quando de sua extubação. Soma-se a ele o acolhimento e o apoio que recebeu do enfermeiro Marcos. A sua experiência foi expressa no relato que se segue: *“Quando eu extubei, o Marcos, eu pedi pra ele colocar um louvor né? Ele colocou o louvor, e ele falou, nossa que louvor lindo. Ele me deu um apoio muito grande também, um carinho, sabe. Tipo assim, de pai para filho”*.

No que se refere aos cuidados psicológicos, Luís relatou que *“Duas pessoas que me marcaram, foi você e foi ele.”⁷ Foram duas pessoas que eu devo muito*. O medo e a angústia diante da incerteza do tratamento, foram enfrentados no coletivo, sendo que Luís

⁷ Ele se referiu à psicóloga/pesquisadora e ao enfermeiro.

assumiu o protagonismo, mobilizado pela relação de confiança na equipe, onde a psicóloga/pesquisadora estava incluída.

Em que pese o reconhecimento do trabalho dedicado à sua recuperação, o qual lhe despertou sentimentos de gratidão, ele se sentia devedor dos cuidados que recebeu dos profissionais da UTI, durante o seu processo de sua recuperação. Nota-se que a relação verticalizada entre a equipe de saúde e o paciente ainda é constitutiva da subjetividade social no campo da saúde. González Rey (2015) ressalta o posicionamento ético-político da Teoria da Subjetividade frente a prática profissional, opondo-se a “objetualização” do paciente e defende que este deve protagonizar a experiência de cuidado.

No processo de intubação, Luís descreveu que percebeu *“várias luzes sabe? Uma querendo ultrapassar a outra e parece que eu estava dentro de um túnel escuro e aquelas luzes marrom, vermelha, laranja, amarela querendo brigar uma com a outra, sabe? Querendo vencer a outra.”* Esta experiência demonstrou que ele relutou para se entregar ao tratamento, movido pela incerteza de seu retorno. Então *“Aí depois que tudo aconteceu, que fui extubado o rapaz falou que eu dei um pouquinho de trabalho pra ser intubado, mesmo eu aceitando ser intubado. E eu tive uma briga com a sedação. Então se eu tivesse aceitado melhor, talvez eu não tivesse sentido aquela coisa ruim que eu senti.”* Este relato indicou o movimento da sua subjetividade neste processo, ou seja, as incertezas diante do desconhecido mobilizavam questionamentos relacionados a aceitação do procedimento de intubação, conforme a sua indagação: *“Eu perguntava pra Deus, senhor o que está acontecendo comigo? Que que é isso? Que coisa é essa?”*.

Aqui vale uma digressão sobre o procedimento de intubação. Trata-se de uma intervenção invasiva e indesejada por ser cultural e historicamente relacionada à morte, sobretudo no contexto da pandemia de COVID-19, momento em que tal procedimento tornou-se uma das pautas de discussões entre a população e alvo de inúmeras notícias falsas.

Aprendemos neste processo a necessidade de identificar os recursos subjetivos de Luís para proporcionar condições para que ele fosse cuidado de acordo com seus valores e necessidades. E assim, Luís relatou que:

Perguntaram pra minha família se eu sou vaidoso. Aí falaram: ele gosta de deixar a barba sempre feitinha. Eu estava barbudo. Aí ele fez a minha barba. Ele colocou o celular assim do lado da maca e fazendo a minha barba, tocando aquele louvor e ele gravou, sabe? Ele fazendo a minha barba e tocando louvor. Ele falou assim pra mim, eu tô preparando o

senhor pra ser intubado, e vai ser para melhorar, fica tranquilo que você vai sair dessa, forte. E quando você sair dessa, a primeira coisa que eu vou fazer é te mostrar esse vídeo. Você pode ficar tranquilo que você vai ver esse vídeo (LUÍS).

As ações de cuidados propostas pela equipe de saúde saíram do habitualmente prescrito quando o profissional percebeu a importância da ação de fazer a barba de Luís e quando o profissional se sentiu livre para ouvir música gospel junto com ele, ao perceber que se tratava também de uma pessoa religiosa. Tais ações de cuidado superam uma lógica de saúde biomédica e focada na doença e tornam-se significativas para as pessoas que participam ativamente e criativamente desta troca. Ser percebido como ser humano e tratado como tal, independentemente das ações propostas, mobilizou os seus afetos e emoções sobre a experiência de ser cuidado, por isso Luís faz pausas e se permite chorar.

Assim, a preparação do paciente para intubação quando possível é fundamental, já que o diálogo pode abrir novos caminhos de subjetivação, oportunizando ao paciente que se apresente como protagonista neste processo. Além disso, essa preparação ganha um importante significado diante da iminência da morte, trazendo possibilidade de elaboração de novos sentidos subjetivos, sejam eles em relação a esperança de recuperação e sobrevivência ou em relação ao enfrentamento da vivência de sua própria morte.

Portanto, a promoção de saúde, na perspectiva adotada neste trabalho destaca a subjetividade como produção cultural e historicamente situada como caminho para a compreensão do processo saúde-adoecimento, além de representar uma alternativa teórica frente ao individualismo naturalizado que caracteriza o crescente processo de despersonalização, medicalização e patologização que definem as práticas assistenciais hegemônicas no campo da saúde (GONZÁLEZ REY, 2015).

Na história de Luís e seu enfrentamento do grave adoecimento por COVID-19 durante a pandemia, se evidenciou a importância de reconhecer na sua história os recursos subjetivos que possa mobiliza-lo a criar novos caminhos de subjetivação para a experiência possivelmente traumática, evidenciando junto com ela os aprendizados que depreenderam destas vivências. Para a Teoria da Subjetividade o conceito de vivência, ou de *perezhivanie*, representa a forma com que o indivíduo subjetiva a influência externa com a qual entra em contato, processo este complexo, que pode ser melhor compreendido mediante o uso das categorias sentido subjetivo e configuração subjetiva (MITJÁNS MARTINEZ; GONZÁLEZ REY, 2017).

Luís permaneceu sete dias intubado e sedado na unidade e neste período, seus familiares o visitavam e seu filho Thomas recebia diariamente as notícias sobre o quadro do pai. Luís relatou que não tem nenhuma memória destes sete dias. Outrossim, quando Luís retorna do seu estado de coma, mais uma vez, as relações interpessoais se tornaram marcantes:

Você e todo mundo que passava do meu lado ali me apoiava né: Oh senhor Luís, você saiu dessa, você passou por essa, você vai sair! E aquilo foi me dando força. Aquilo foi me dando aquele gás interno, aquela vontade de viver. Essas pessoas realmente mesmo sem me conhecer, o carinho que eu tive, de todos aqui dentro. Foi isso que me ajudou muito também (LUÍS).

A fala de Luís evidencia o movimento da subjetividade apoiada pelas relações de confiança construída com os profissionais de saúde em seu processo de recuperação. Ele reconhece que a sua vida se tornou importante para toda a equipe, a qual foi expressa pelos profissionais nas diversas experiências de cuidado. Este aspecto foi central para o enfrentamento de sua condição de saúde, em um momento de fragilidade e sofrimento. Além disso, ele ressalta a importância do papel da psicologia neste processo, por meio da relação construída com a psicóloga/pesquisadora:

E as conversas que eu tive contigo também foi que me ajudou bastante também na parte psicológica, a parte onde eu conseguia ver um norte, sabe? Que eu estava meio perdido naqueles dias lá dentro, tipo a gente fica totalmente vulnerável, a gente fica totalmente sem chão. E aí a gente conversando, quando você saía aquilo me dava uma força sabe? Por dentro, uma força, nossa eu tenho que seguir, eu tenho que realmente não desistir né? Seguir esse caminho aí pra gente poder sair dessa rapidinho, desse hospital e eu ter minha vida que eu sempre quis ter (LUÍS).

A partir de suas expressões pode-se indicar que a atenção psicológica depreendida e a relação construída foram revertidas em força e em um direcionamento para o seu enfrentamento. Abria-se espaço para que sua dor fosse reconhecida e como produção da relação terapêutica, Luís se sentiu mais forte e com vontade de sobreviver. O vínculo de confiança, fundamental para a recuperação de Luís foi demonstrado no diálogo que se segue:

Pesquisadora: O que mais te marcou durante o tratamento na UTI?

O carinho. O amor que vocês me passaram, o tratamento que eu tive, o carinho que vocês me deram. E isso me ajudou muito e isso me marcou muito, muito, muito, muito (LUÍS).

Além disso, na atividade com figuras, Luís escolhe uma imagem que representa a equipe de saúde da linha de frente e resalta sentidos subjetivos construídos nesta relação, de forma que a emocionalidade se faz presente.

Imagem 2: Equipe de saúde da linha de frente



Fonte: google imagens

Aqui, como eu te disse, essa turma [chora]. Sempre que eu lembro eu me emociono. Como eu te disse, são pessoas que não nos conhece, mas que doou a sua vida pela vida da gente. Então esse amor que vocês têm com cada uma das pessoas que eu vi passar na UTI, não foi só comigo, né? Eu vi várias pessoas que o tratamento era o mesmo. Então esse amor, esse carinho que vocês têm com a gente é fora do padrão (LUÍS).

A situação de fragilidade é mobilizadora de forças para o enfrentamento das situações limites que vivenciou, como expressou ao longo da dinâmica conversacional. Ele relatou que além da hospitalização por contaminação por coronavírus, sofreu um acidente aos 21 anos de idade que quase perdeu a sua vida “*Eu tive embolia cerebral, embolia pulmonar, três paradas cardíacas, então as coisas vão acontecendo para provar que Deus é realmente na minha vida, sabe?*”. Do mesmo modo, referente à internação por COVID-19 ele expressa: “*Eu não vou desistir tão fácil porque de tudo que eu já passei, eu estou aqui conversando com você*”.

Durante a dinâmica conversacional, observou-se a coexistência de medo e incertezas, conforme o seu relato: *“Será que vai voltar tudo de novo? É bem aquele sentimento de impotência, sabe? De fragilidade”*. No entanto, diante da incerteza e das vivências de sofrimento, ele avança para prospectar o seu futuro, como indicou o complemento de frases.

- 01. **Com frequência sinto** uma força dentro de mim
- 02. **Minha vida após o COVID** me deixou mais forte
- 24. **Meu futuro** vai ser muito melhor que meu passado
- 25. **A morte** não tenho mais medo da morte!

Em que pese toda a valorização de cuidado recebido, Luís demonstrou sua fragilidade e medo em relação à sua vivência do adoecimento por COVID-19 e como ela está configurada subjetivamente.

O comprometimento de seu pulmão, exacerbam sua preocupação e desconforto diante da possibilidade de sentir falta de ar no futuro, conforme o seu relato: *“Eu nunca tive medo e hoje eu já tenho medo. Tipo assim, quando tem uma fumaça lá na empresa, parece que eu vou entrar em pânico, sabe? Eu ponho máscara e eu saio da fumaça, porque acho que tá no meu psicológico, né?”* (LUÍS).

Ao receber o diagnóstico de COVID-19, Luís realizou exames de imagem que demonstraram um comprometimento estimado de 80% de seus pulmões e essa informação é passada à Luís e seus familiares. Concomitantemente, se sucedeu o agravamento da doença. Luís falou sobre como essa informação reverberou em sua vida e que certas situações o remetem inevitavelmente ao medo de viver esta experiência novamente, ainda que esteja curado. Ele reconheceu que esta *situação “mexeu um pouco com o meu sistema nervoso, mexeu um pouco com o meu humor. Ela deixou um pouco mais frio. E um pouco mais nervoso, sabe?”* (LUÍS). Do mesmo modo, o complemento de frases corroborou com esta análise:

- 07. **Meu maior problema** são os meus pensamentos
- 14. **Minha maior dificuldade** é as vezes controlar a minha emoção
- 15. **Esforço-me diariamente** para voltar o Luís que eu era antes

Luís demonstra reconhecer os impactos negativos da vivência do adoecimento em sua dinâmica psicológica, uma vez que a doença deixou “sequelas”, alterando o seu comportamento: *“Até hoje não estou no meu cem por cento ainda. Eu preciso de ajuda,*

sabe? Eu preciso de algo. Mas eu, pra mim, eu achava que não, eu achava que eu estava bem”.

Assim, ainda que o processo de reabilitação física tenha se encerrado, com a completa reversão do quadro, o impacto causado na subjetividade de uma pessoa que passa por uma experiência intensa de hospitalização por agravamento do quadro de coronavírus requer cuidados à saúde psicológica. Para tanto, recomenda-se a criação de espaços aonde seja possível a construção de novas vias de subjetivação, visando o enfrentamento dos limites da sua atual condição. E para isso, urge a criação de políticas de saúde adequadas.

A criação de grupos de pessoas que foram gravemente acometidas pela COVID-19 seria uma alternativa para o enfrentamento desta realidade nos modelos da atenção básica? Ainda com relação às medidas de saúde pública, Luís escolhe a imagem de uma pessoa recebendo vacina como uma de suas três escolhas de imagens.

Imagem 6: Pessoa recebendo injeção



É uma forma de proteção. Eu sentia que com a vacina, não que a gente não iria mais ter COVID, né? Mas é uma forma de que a gente tivesse uma proteção. Mesmo que pegasse novamente, **eu não ia passar tudo aquilo que eu passei (LUÍS).**

Fonte: Google Imagens

Luís relaciona que a vacina, a qual teve acesso somente após o grave acometimento pela doença, é uma importante medida de prevenção de agravos. Então, o ato de ser vacinado adquire para Luís um sentido subjetivo de proteção, já que a vacina é capaz de evitar que ele “passe tudo aquilo que passou”.

O processo de construção da informação neste trabalho relaciona as principais configurações subjetivas, especialmente aquelas referentes à vivência do adoecimento e internação na UTI por COVID-19 e assim, focalizando o movimento da subjetividade

compreendemos que Luís é receptivo, acolhedor e aberto ao diálogo e deste modo, as relações estabelecidas desde a sua chegada na instituição mobilizaram a equipe para o enfrentamento do seu agravamento da saúde. É notável todo o esforço de Luís em busca do seu bem-estar, mantendo-se ativo, vinculando-se com aos profissionais e familiares que estiveram cuidando dele, recorrendo à sua fé e altivo no processo de recuperação.

4.3.2. Os sentidos subjetivos do adoecimento por COVID-19 de Vitor

A análise realizada a partir da dinâmica conversacional possibilita identificar os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas produzidas a partir do adoecimento e da internação por COVID-19. Vitor permaneceu 32 dias na UTI e 18 dias na enfermaria do hospital, desta forma, ele recebeu alta hospitalar após 50 dias de internação. Ao longo desta análise ficou explícito o sofrimento de Vitor, como o ilustrado: *“Eu sofri. Mas eu estava sofrendo dormindo”*. Este relato pode estar relacionado com o medo, a angústia decorrente do desconforto da falta de ar e do risco iminente de óbito. Em que pese os efeitos do sedativo, a vivência do desconforto e as suas consequências emocionais estavam presentes nas diferentes expressões de Vitor, as quais serão relatadas ao longo desta análise.

Aprendemos com Vitor que o cuidado no âmbito da saúde deve superar as perspectivas que fragmentam o organismo, a fim de avançar para uma abordagem em que as práticas culturais e os processos de subjetivação da pessoa sejam considerados. González Rey (2011) ressalta que as pesquisas que analisam a saúde humana precisam compreender que a saúde se configura como uma produção subjetiva que se relaciona com as ações, conexões, história e cultura da pessoa ou grupo de indivíduos, ou seja, assim como os demais fenômenos humanos, a saúde tem uma dimensão simbólico-emocional.

Ademais, a Teoria da Subjetividade evidencia a inseparabilidade do emocional e simbólico e a forma como o corpo é integrado a todos os processos de subjetivação humana de forma que é capaz de produzir correspondentes consequências para a compreensão da saúde e do adoecimento (GONZÁLEZ REY, 2015). Desta forma, as emoções somente ganham relevância na explicação dos processos de saúde e doença por meio dos sentidos subjetivos produzidos pela pessoa.

É fundamental que Vitor seja ouvido pelas **equipes de saúde as quais frequentemente verbalizam que o paciente em UTI não sofre e que acreditam que**

os fármacos garantem a total neutralização do sofrimento gerado pelo desconforto da pessoa que está sob efeito dos sedativos.

Vitor relata como foi o processo de admissão na instituição hospitalar e como foi o processo de intubação, demonstrando compreensão sobre a ineficácia dos recursos oferecidos para a tentativa de reversão da insuficiência respiratória, já que mesmo com o suporte de oxigênio, ele permanecia sentindo falta de ar, conforme explicou:

[...] quando eu cheguei aqui eu estava com a máscara de oxigênio, mas eu sentia que eu não estava respirando mesmo com aquela máscara. Aí eu lembro que o médico veio e explicou, falou que tentou o procedimento comigo e não deu certo, que não ia ter jeito, que ia ter que me intubar (VITOR).

A equipe de saúde explicou a Vitor sobre a necessidade de realização da intubação, antes de realizar o procedimento, e este momento da comunicação foi de suma importância, marcando a sua história. Vitor expressa o seu desespero diante da vulnerabilidade a qual se encontrava: *“Eu sempre tive pra mim que quem intubou morreu. Aí quando o médico falou que ia ter que intubar, eu entrei em desespero, comecei a chorar”*. Nota-se a marca da subjetividade social em sua subjetividade individual, uma vez que a intubação estava caracterizada como agravamento do seu estado de saúde, intensificando o medo do seu óbito. As referências sobre esta situação estavam presentes nos meios de comunicação sinalizando que possivelmente as pessoas intubadas dificilmente teriam a sua saúde recuperada, uma vez que a infecção por coronavírus apresentava um alto índice de letalidade na população.

Durante a atividade de complemento de frases, Vitor ratifica o que foi mencionado anteriormente sobre o seu sofrimento e sobre a iminência da morte durante a internação na UTI:

14. Quando estive na UTI sofri bastante

17. A morte quase conheci

É evidente a relação estabelecida por Vitor entre intubação e a morte por isso, vale ressaltar o sentido subjetivo produzido por meio da subjetividade social de que a doença causada pelo coronavírus é mortal. A crescente elevação de casos e mortes levou a população a um medo generalizado, estigma e exclusão social de pacientes, familiares, profissionais de saúde e sobreviventes. Tais aspectos tornaram o momento ainda mais difícil, possibilitando um crescimento exponencial no que se refere ao sofrimento da

população, sobretudo para aqueles que precisaram de hospitalização e nos casos em que houve a necessidade de ventilação mecânica nas UTIs. Note-se que o sentido subjetivo **da intubação, naquela situação, era similar à de ter recebido uma sentença de morte.** A eminência da finitude da vida gera insegurança e medo diante do desconhecido, conforme ressalta Ariès (1977, p.32) “A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição”.

Nos primórdios, a morte era encarada como algo natural, havendo a compreensão de que ao nascermos estaríamos fadados ao fim, ou seja, a morte era tratada como um fato esperado. Com o advento da modernidade, a morte passou a ser escamoteada, tornando-se tabu de modo que é comum a negação e a supressão desta palavra da comunicação. Esta perspectiva, presente na subjetividade social da sociedade ocidental moderna é também identificada na subjetividade individual de Vitor, sobretudo quando expressa o seu medo diante do desamparo sentido durante a internação e quando necessitou utilizar a ventilação mecânica (intubação). Sobre isso, Vitor relatou:

Pesquisadora: o que mais marcou durante o período de internação na UTI?

Na verdade, o que eu posso falar que eu lembro de concreto que aconteceu, que me marcou foi com o médico né? Aquilo no começo, quando o médico falou que ia ter que me intubar. E o pessoal, as enfermeiras... eu vi que ela ficou meio nervosa e aí já veio na minha cabeça: eu vou morrer né? Então não tem volta. **Aí ela falou para escrever uma carta... tanto é que eu escrevi, mas nervoso, nem sabia o que escrever (VITOR).**

A situação de tensão e insegurança, demonstrada pela profissional de enfermagem antes da realização do procedimento de intubação, diante da solicitação para que Vitor escrevesse uma carta, sugeriu que ele estava na iminência da sua morte, agravando o seu estado emocional, uma vez que, esta atitude foi entendida por ele como uma despedida. Neste sentido, toda intervenção profissional deve considerar o contexto e as características da pessoa:

O posicionamento que se apoia na teoria da subjetividade não representa apenas uma postura teórica, epistemológica e metodológica, mas também, e de maneira muito importante, um posicionamento frente à prática profissional, assim como um posicionamento ético-político que se opõe a “objetualização” do paciente frente ao procedimento (GONZÁLEZ REY, 2015, p.25).

A profissional de enfermagem explicou a Vitor que seria uma separação temporária da família e que a carta estaria guardada para que ele mesmo entregasse à esposa, já que foi a ela que ele a direcionou. Combinou ainda que, se a fase de intubação se estendesse mais de trinta dias, a carta seria entregue à sua esposa. E dessa forma foi feito. Questiono-me se a solicitação para Vitor escrever a carta tenha sido adequada a ele ou foi uma forma de aplacar a insegurança das referidas profissionais para enfrentar a situação?

A quebra do paradigma biomédico dominante nas pesquisas e na prática em saúde é o grande desafio para a desconstrução de um exercício profissional prescritivo (solicitar a escrita da carta), mesmo quando, aparentemente, apareça como uma tentativa de humanização, mas em uma situação como a descrita, ela foi compreendida como a possibilidade do fim da vida de Vitor.

O caráter instrumental adotado pela enfermeira está distante da compreensão da complexidade do fenômeno do adoecimento como produção simbólico-emocional, por isso, nos aproximamos da Epistemologia Qualitativa como um caminho para a superação dos modelos prescritivos ou mesmo protocolares e neste sentido, González Rey afirma:

O destaque à subjetividade como produção cultural e social historicamente situada compreende alternativa para as representações sociais dominantes hoje sobre os processos de saúde-adoecimento, mas também compreende alternativa teórica frente ao individualismo naturalizado que caracteriza o crescente processo de despersonalização, medicalização e patologização que define as práticas assistenciais hegemônicas no campo da saúde (GONZÁLEZ REY, 2015, p.31).

Compreendemos, portanto, que uma ação de forma isolada, como a de escrever uma carta antes do procedimento de intubação, não pode ser considerada uma ação de cuidado estabelecida, mas se caracteriza como um recurso possível a ser utilizado dependendo do contexto e das características da pessoa, sempre respeitando a vontade do paciente. Ademais, pode ser um recurso a ser utilizado pelos familiares para se comunicarem com o paciente.

Como Vitor mencionou anteriormente, essa foi sua única memória na UTI antes da sedação e intubação. Após a realização do procedimento, ele permaneceu sonhando ininterruptamente. Segundo Vitor, em todos os sonhos ele estava em uma cadeira de rodas ou em uma cama, **sempre sem conseguir se mexer**.

Durante os 32 dias de internação de Vitor na UTI ele foi submetido à analgesia e sedativos de forma contínua. A analgesia e a sedação são utilizadas principalmente para

promover conforto e alívio aos pacientes em uso de ventilação mecânica, ainda assim, o tratamento intensivo associado ao uso de sedativos pode levar o paciente a produzir memórias ilusórias e desencadear alterações psicológicas. Um estudo mostrou que entre pacientes mantidos em sedação por infusão contínua, cerca de 47% têm recordações de fatos e, 34% de memórias ilusórias, sendo tais fatos relacionados também à gravidade da doença, tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI (SILVA, 2018).

A partir daqui, conheceremos os sentidos subjetivos ativamente produzidos por ele, em forma de sonhos e reminiscências que ele não consegue distinguir o que era sonho, ou fantasia e o que era realidade. Ele descreve o ambiente da UTI da seguinte forma:

[...] Aí no meu sonho, era enorme a UTI. Só que o interessante é que o chão, na minha cabeça, no meu sonho, sempre assim, o chão sempre no contrapiso, cheio de óleo. Aí ó, tem vários motivos, né? O meu pai foi PM (Policia Militar). Antes de ser PM, ele foi mecânico. Não sei se isso tá no meu subconsciente (VITOR).

Ele relaciona sua percepção do espaço da UTI com um tempo passado, no qual acompanhava o pai na rotina de trabalho, apontando que de alguma forma essas marcantes reminiscências o acompanharam e foram suscitadas ao longo da internação na UTI. Durante a atividade de complemento de frases, são relacionados sentidos subjetivos em relação ao pai de Vitor:

- 12. Gostaria** que meu pai estivesse aqui. Meu pai é falecido
- 14. Meu passado** meu passado? Meu passado, meu passado... a única coisa que vem também é meu pai. Saudade faz eu lembrar do meu pai
- 15. Meu futuro** meu passado foi meu pai, meu futuro são meus filhos. Que dá força para continuar.

Desta maneira, os sentidos subjetivos sobre o valor da família aparecem em configuração subjetiva, sobretudo quando demonstra que sente saudades do pai e que tinha medo que a filha não se lembrasse dele, como expressou-se no relato *“Eu não queria morrer, porque eu sei que a minha filha não ia lembrar de mim, eu sei que não ia”*.

A relação de proteção, responsabilização e cuidado com a família emerge como configuração subjetiva de Vitor. Assim, o desejo de permanecer cuidando da família, e o medo de gerar tristeza a eles mobilizou recursos subjetivos para o enfrentamento da iminência da sua morte. O complemento de frase indica como o zelo pela sua família aparece como recurso subjetivo que orienta suas ações:

- 2. **Meu maior prazer** família
- 3. **Minha família** tudo
- 6. **Minha preocupação principal** minha família
- 7. **Meu maior problema** é se eu não pudesse estar aqui
- 9. **Me faz chorar** ver minha família triste
- 10. **Eu fico triste** ver minha família chorar
- 11. **Tenho medo** de não poder estar para proteger minha família
- 13. **Meu maior temor** tudo que envolve temor tem a ver com minha família. Meu medo é não poder proteger, não estar com minha família. Igual no hospital, eu pensava minha filhinha com dez meses né. Eu falava assim, meu Deus, se chega acontecer alguma coisa comigo, minha filha não vai nem lembrar de mim. Tanto é que quando eu cheguei em casa, ela ficou quase um mês para me reconhecer, porque eu estava bem magro né, perdi mais de vinte quilos. Tudo que envolve meu medo, é muito família né.
- 18. **Estou melhor quando** estou com minha família

O valor aos familiares também foi identificado na atividade com figuras, salientando que o cuidado e a preocupação com a família emergem como configuração subjetiva. Vale explicar que foi fixada uma foto da família de Vitor no box próximo ao seu leito na UTI. Essa prática tornou-se comum durante a pandemia para auxiliar na orientação do paciente e para oferecer uma referência da identidade e subjetividade da pessoa hospitalizada e sua importância para a família perante a equipe de saúde. Esta ação, no entanto, reverbera de forma única para cada pessoa, já que somos sujeitos subjetivamente configurados.

Imagem 4: Uma família



Essa aqui, porque tem uma foto da minha família bem parecida. Eu ficava olhando, porque ela estava pregada lá no vidro. Eu via (VITOR).

Fonte: Google Imagens

As informações construídas apontam para indicadores de que a inserção da família na rotina de cuidados da pessoa gravemente acometida pela COVID-19, quando possível,

torna-se uma maneira significativa e poderosa de reafirmar os laços familiares, tão importantes e estruturantes para pessoa hospitalizada, como no caso de Vitor. Além disso, a participação ativa da família no processo torna-se uma forma de resgatar a dignidade da vida do indivíduo.

A abordagem que compreende a dimensão subjetiva do processo saúde-doença opõe-se ao caráter estritamente cientificista no enfoque à doença, propondo uma prática que resgate os aspectos subjetivos relacionais das pessoas atendidas e colocando no centro do cuidado, a pessoa doente, sem ignorar suas crenças, costumes, valores e prioridades. É partir dos sonhos, que Vitor consegue melhor exprimir como se sentiu ao longo dos 32 dias em que esteve na UTI, lutando por sua vida. Como ele ressalta, todos eles foram angustiantes: “*só coisa agonizante, coisa ruim*”. A seguir, analisaremos seu primeiro sonho relatado:

Tinha um sonho que eu estava na porta do hospital no chão, numa vala e não conseguia me levantar. Eu escutava a voz da minha esposa me chamando, me procurando e eu não conseguia gritar e nem chamar, sempre assim (VITOR).

Ele demonstra sentidos subjetivos de desamparo e solidão na vivência do agravamento da doença, por não conseguir pedir ajuda, por não ter voz. Estes sentidos subjetivos podem indicar a carência de recursos subjetivos existentes para a compreensão e enfrentamento da condição de agravo nesta fase. Todo o processo era desconhecido e assustador para Vitor, muitas vezes sendo sentido por ele, como violento. No sonho seguinte, ele descreve detalhadamente suas angústias, seus pensamentos durante o processo e produz uma forma de enfrentamento também violenta consigo mesmo, mas que naquele momento, tal ação foi compreendida como uma possível saída para dar fim ao seu sofrimento:

Eu estava dentro do metrô, aí deu um problema, obstruiu o metrô e eu tive que me arrastar no chão, porque eu não conseguia andar. Saí me arrastando, saí pra fora, sem ar, sem conseguir respirar. Aí veio um rapaz de bicicleta, parou, ficou me olhando e eu pedia socorro pra ele, ele só ficava me olhando, parece que assim, esperando eu morrer. E eu estava com um pedaço de cano dentro da boca, assim, que é como se fosse um pedaço do tubo. E aí foi... foi... chegou uma hora que eu sentia que eu não estava respirando mais e eu falava assim: **A gente não**

morre? Aí de repente, começou de novo aquele mal-estar, eu falei: não, eu vou acabar com o sofrimento, eu não aguento mais! Aí quando eu peguei a mão no tubo para puxar, porque na minha cabeça se eu puxasse aquilo ali, eu ia morrer, ia acabar meu sofrimento, né? Aí de repente apareceu duas enfermeiras lá gritando pra mim parar, pra mim não puxar (VITOR).

Primeiramente, cabe ressaltar o valor deste detalhado relato de Vitor sobre como foi vivenciar seu processo de tratamento do coronavírus. Para mim, psicóloga e profissional de saúde da linha de frente, é muito duro lidar com as expressões tão carregadas de afeto de Vitor, talvez pelo sentimento de impotência. É completamente frustrante e preocupante saber que a pessoa intubada, ainda que sedada, não está completamente protegida da dor e do sofrimento. Há um longo e necessário caminho de construção de conhecimento nesta área para avançarmos na compreensão deste complexo fenômeno.

Como eu fazia parte da equipe de cuidados da linha de frente, eu sei que de fato, houve um momento em que Vitor tentou tirar o tubo acondicionado à ventilação mecânica. Este ato é denominado “extubação acidental” e acontece com bastante frequência dentro do ambiente da UTI. Como prática para a segurança do paciente e prevenção de agravos decorrentes da extubação acidental é comum que as pessoas hospitalizadas permaneçam com uma contenção mecânica⁸ nas mãos, impedindo movimentos durante o período de despertar.

Vitor sentiu a exaustão e um sofrimento intenso, de modo que passou a desejar a morte para que de alguma forma, ele tivesse este sofrimento cessado. Durante a atividade com figuras, Vitor expressa sofrimento imenso diante do tratamento que estava se submetendo, sendo que o alívio seria a morte, **para livrá-lo daquela dor, indicando que esse seria o sentido subjetivo sobre aliviar o seu desconforto**, conforme o relato que se segue:

⁸ Dispositivo e equipamento anexado ou adjacente ao corpo do indivíduo, que limita ou impede o deslocamento, a movimentação livre para uma posição de escolha ou o acesso ao próprio corpo, e que não podem ser controlados ou removidos facilmente pelo próprio indivíduo (SOUZA, 2019).

Imagem 5: profissionais caminhando



Fonte: Google Imagens

Essa aqui porque eu lembrei, quando eu falei pra você que eu estava deitado no chão e eu **sentí vontade de puxar para acabar**. Porque chegou uma hora ali, que eu cheguei a pensar que era melhor ter morrido, **morrer do que continuar com aquele sofrimento** e mais uma vez apareceu os enfermeiros, os médicos e não deixou e acabou me socorrendo (VITOR).

Em que pese a solidão vivenciada no momento de aflição de não poder respirar, a sua relação com os profissionais de saúde nestes momentos e nos cuidados dedicados por eles durante a sua internação, foram considerados fundamentais para a sua recuperação. Nesse sentido, Vitor expressou que o seu enfrentamento para superar as consequências da enfermidade, só foi possível pelo cuidado e atenção personalizada que recebeu. Neste sentido, a teoria da subjetividade é valorosa porque coloca em evidência a dinâmica do paciente, não reduzindo-o à sua doença. Dito de outro modo, a forma como Vitor expressava o seu desconforto em situações de dor, possibilitou-nos identificar como o pânico estava configurado subjetivamente, uma vez que ele dificultou o seu processo de recuperação.

Esta compreensão foi fundamental no momento da extubação, nos permitindo ajudá-lo neste processo, pois ele se apresentava muito agitado, com sudorese excessiva, confuso e não conseguia se comunicar verbalmente. Durante a dinâmica conversacional Vitor descreve sua sensação neste momento: *“Eu não sentia calor, eu me sentia fervendo, queimando. É como se ali estivesse pegando fogo e eu entrasse dentro. É assim que eu sentia, o corpo inteiro fervendo”*.

Neste momento, como proposta de cuidado eu peguei em sua mão e calmamente disse: “Vitor, respira fundo, você está respirando sozinho, olha como o ar está entrando no seu pulmão; eu estou aqui com você. Você não está sozinho”. E segurei sua mão até que ele dormisse. A partir do apoio e do diálogo, ele conseguiu controlar o seu desespero e eu, juntamente com a equipe multiprofissional que acompanhava mais de longe, pudemos visualizar a melhora do quadro integralmente, culminando no restabelecimento da saturação e evitando, assim, uma nova intubação orotraqueal.

Destaca-se aqui, a importância da articulação dos processos de subjetivação para além de uma visão dicotômica da relação saúde-doença. A troca dialógica estabelecida na relação com Vitor, não ocorreu pela via da comunicação verbal, como tradicionalmente acontece na ação profissional de psicólogas e psicólogos, mas por outras vias de comunicação proporcionada pelo toque delicado em suas mãos para demonstrar que estávamos presentes no cuidado, apoio e segurança. E assim, o afeto gerado na comunicação tornou-se essencial para fortalecê-lo para o enfrentamento da situação de crise que ora se encontrava.

A análise do sonho seguinte expõe sentimentos contraditórios diante da condição de fragilidade a qual Vitor se encontrava. Assim, se por um lado ele esperava se livrar do desconforto, por outro lado, esperava a cura. No entanto, a vivência do adoecimento por COVID-19 mobiliza os sentimentos de finitude e desamparo diante do desconhecido.

O enfermeiro veio e pegou quatro seringas, tudo preto na seringa. Aí ele aplicou uma, aplicou duas, aplicou três. Aí antes dele aplicar a quarta eu falei assim: eu sei o que é isso aí. Isso aí é eutanásia. Aí ele foi e aplicou a quarta. Aí chegou perto do meu ouvido e falou assim: **você não vai morrer, a que mata eu não apliquei (VITOR).**

A fragilidade e vulnerabilidade diante da onipotência dos profissionais de saúde que possuem o poder de cura é colocada à prova diante da complexidade do tratamento que a Covid-19 gerava. Desse modo, diante da impotência demonstrada naquela relação, a eutanásia seria uma possibilidade, no entanto, ela não foi apresentada como alternativa, causando-lhe conforto e segurança. Os sentidos subjetivos sobre o processo de tratamento revelam a insegurança diante da fratura que esta pandemia causou no sistema de saúde e que está presente na subjetividade social dos pacientes e quiçá da equipe da UTI.

Na atividade com figuras ele apresenta novos sentidos subjetivos sobre esse sonho, considerando que se tratou, na verdade, de uma injeção de ânimo:

Imagem 6: Pessoa recebendo injeção



Isso aqui foi daquele sonho que te falei. Que eu tenho pra mim que aquilo ali, **no meu psicológico, foi uma injeção de ânimo** que ele me deu. Então, isso aqui ficou bem forte pra mim. Foi muito real pra mim.

Fonte: Google Imagens

Vitor se entrega aos cuidados, assumindo todos os riscos, e, espera a injeção como um medicamento adequado e que lhe seja a salvação. Assim, ainda que imobilizado pela sua enfermidade, apresenta recursos subjetivos para o enfrentamento. **Entregar-se aos cuidados e compreender os seus limites e possibilidades demonstra que assume a condição de agente, uma vez que naquela condição, aceitar e enfrentar o desconhecido foi um ato de bravura.**

Finalmente, o último sonho relatado por Vitor referiu-se à sua alta da UTI e recebendo o encaminhado para a enfermaria de clínica médica da instituição:

Tinha um rádio dentro do quarto e aí o pessoal falava em alemão e barulho de avião, aqueles da Segunda Guerra, sabe? E aí os enfermeiros falavam, meu Deus, e se essa guerra vem pro Brasil? Aí eu ali amarrado eu falava assim: mas e eu aqui? Cadê minha esposa? Cadê meus filhos? E eu tentava sair, não conseguia me mexer e aquilo ali demorou, acho que eu fiquei uns dois dias sonhando a mesma coisa. De repente, escureceu tudo eu escutei: a gente vai te levar pro quarto, você vai pra enfermaria. Aí foi quando começou a clarear de novo, abri o olho, assim, meio embaçado, mas aí eu vi o pessoal, eles me levando, pessoal dando tchau (VITOR).

Ao longo do percurso de 32 dias de internação na UTI, ele permaneceu sedado e imóvel, no entanto, ele relatou que sonhava muito e que se lembrava dos sonhos, os quais lhe marcaram e sinalizavam a sua força para superar os danos gerados pela doença que estava vivenciando naquele momento. Arriscamos afirmar que **a subjetividade é mobilizada também por conteúdo do inconsciente onde está constituída elementos da cultura e os modos de organização da sociedade, de modo fragmentado ou mesmo**

desorientado, o qual está em relação com a consciência. Neste sentido, Santos e Leão (2014) contribuíram:

O Inconsciente é social e histórico, dependendo do contexto no qual o sujeito está inserido e das relações estabelecidas por ele ao longo da vida. Justamente por isso, por ser desenvolvido a partir das condições reais de existência, é completamente passível de transmutar-se em consciente por meio de um processo catártico, de transformação. Essa catarse é possível, quando o inconsciente se materializa em conteúdos culturais, seja a Arte, a palavra ou qualquer outra produção que possibilite ao sujeito objetivar sua subjetividade e, por meio desse processo, consiga atuar na realidade de maneira ativa e criativa que possibilite a verdadeira transformação (SANTOS; LEÃO, 2014, p.44).

Além disso, vale salientar que a subjetividade (individual e social), é qualidade geral da dinâmica psicológica dos seres humanos e está presente também nos processos de desenvolvimento da saúde humana, assim como na gênese, desenvolvimento e mudança dos diferentes tipos de doenças (GONZÁLEZ REY, 2015).

Vitor nos mostrou que os processos subjetivos envolvidos na experiência de intubação se organizam de maneira diferenciada, configurando-se subjetivamente pelo sofrimento, pela resistência aos fármacos e pela busca ativa para se livrar da situação desconfortante e ameaçadora.

4.4 SENTIDOS SUBJETIVOS DO ADOECIMENTO POR COVID-19: A VIVÊNCIA DOS FAMILIARES

Na sessão seguinte serão analisados os sentidos subjetivos e configurações subjetivas dos familiares dos pacientes os quais foram participantes desta pesquisa a fim de compreender os impactos de ter um familiar hospitalizado em decorrência da infecção por COVID-19 em uma UTI. As contribuições destes participantes foram fundamentais para a construção de um conhecimento sobre o cuidado psicológico direcionado à família em um período pandêmico.

Além disso, as vivências destes familiares, são carregados de emoções e marcam um período histórico da humanidade. Thomas e Laura, separadamente, proporcionaram

um reencontro inesquecível, com aprendizados sobre: vida, morte, renúncia, cuidado e esperança.

4.4.1. Entre a dor e o medo: a esperança de Thomas

Durante a internação de Luís na UTI, Thomas realizava visitas diariamente ao pai e mesmo fora do horário, permanecia na área externa do hospital, para ficar mais próximo a ele. Foi Thomas quem ficou responsável por receber notícias do quadro clínico do Sr. Luís, as quais eram repassadas pela (o) médica (o) uma vez ao dia, em uma chamada por telefone. Ocasionalmente, as comunicações aconteciam também presencialmente.

Assim como o pai, Thomas relacionava o agravamento do quadro dele à morte da avó, mãe de Luís:

Quando minha mãe falou que o pai foi pro UPA, do UPA ele veio aqui pro HU. Aí as pernas já começaram a tremer, falei assim, meu Deus! aí a gente já pensa no pior, porque a gente tinha acabado de perder minha vó (THOMAS).

Thomas relatou que a hospitalização do seu pai em decorrência da COVID-19, lhe despertou insegurança sobre o risco que seu progenitor estava correndo, em decorrência do falecimento da sua avó que estava nestas mesmas condições. O sentido subjetivo atribuído era **de sentença de morte**. Mobilizado pela esperança de que com Luís seria diferente, Thomas centraliza a sua atenção para a tentativa de recuperar a saúde de seu pai, relatando que “vinha pro hospital três vezes por dia, todos os dias. Nunca deixei de vir. Eu só vinha mesmo aqui na frente, só por estar aqui”.

O filho indica que permanecer nas dependências do hospital, ainda que não estivesse dentro da UTI o fazia sentir-se mais próximo de seu pai e ter mais controle do que poderia estar ocorrendo com ele. Ainda que a situação recomende o distanciamento, identificamos que o sentido subjetivo que mobiliza Thomas a tomar a atitude de estar presente, ainda que nas imediações do hospital, indica cuidado e proteção.

Thomas realizou visitas diárias ao pai, ficando atrás de um vidro de proteção. Essa modalidade de visita foi uma escolha de Thomas, a partir do momento em que o pai foi intubado. Além disso, ele foi autorizado a visitar o seu pai de modo presencial, quando sentisse necessidade.

Antes de o Sr. Luís ser intubado, seu filho pôde realizar uma visita presencial. Sobre este momento, Thomas relata:

No domingo meu pai ainda estava acordado. Eu consegui visitá-lo. Foi o primeiro dia que eu consegui ver. Eu consegui entrar pra poder visitar lá dentro. Entrei normalmente, tudo certinho. Ele não conseguia falar, então ele escrevia com o dedo na cama. E aí, **a última coisa que ele falou era que ele me amava.** [O filho se emociona ao relembrar este momento]. (THOMAS).

Vale ressaltar que a possibilidade da visita presencial antes da intubação, oportunizou ao pai e ao filho condições para que eles trocassem seus afetos e pudessem resgatar a possibilidade de ambos expressarem o amor que tinham um pelo outro. Certamente, estas situações são confortantes e mobilizam novos sentidos subjetivos para as fraturas das relações familiares.

Ele relatou que ouviu “eu te amo” do pai pela primeira vez aos 21 anos, isso porque eles não eram próximos ao longo da infância e da adolescência de Thomas. O filho aponta que isso aconteceu porque o pai trabalhava muito e por isso, acabou se distanciando: *“Sempre trabalhando demais pra poder colocar comida dentro de casa. A gente sempre teve uma vida muito confortável. Nunca tivemos dinheiro, mas ele nunca deixou faltar nada dentro de casa. Sempre ralando e trabalhando muito”*. É possível identificar com estas expressões, que está configurado na subjetividade social que o homem deve prover o sustento de sua família e caberia à mulher os cuidados da educação de seus filhos e os afazeres domésticos.

Em que pese a força da perspectiva patriarcal da educação de Thomas, ele reconhece os limites que ela impôs na sua relação com o seu pai, e, enfrenta os seus medos, expondo-os, como a iminência de perder o seu progenitor, conforme o seu relato, quando a pesquisadora o indaga sobre o que lhe trouxe mais sofrimento neste período: ***O medo da perda, primeiramente, o medo de perder o meu pai*** [emocionou-se bastante] (THOMAS).

Durante o processo de internação do pai, Thomas foi convidado a participar ativamente do cuidado, tornando-se também o responsável por sua mãe, que naquele momento estava muito fragilizada e protegida por ele para que não contraísse o coronavírus. Seu protagonismo foi potencializado, oportunizando a ele a produção de novos sentidos subjetivos sobre a sua condição de filho, assim esta experiência foi sendo vivenciada como possibilidade de construção de vínculos mais sólidos com a sua família e força para criar outras vias para o enfrentamento da situação, como sujeito do processo,

sobretudo quando provocou a equipe da UTI a construir formas de comunicação entre os familiares e os pacientes internados pelo agravamento do estado de saúde.

Um dos maiores desafios para familiares de pessoas internadas nas UTI's com COVID-19 foi obter notícias do ente querido e manter a comunicação tanto com a equipe de saúde responsável pelos cuidados como com a pessoa hospitalizada. As medidas restritivas de vigilância potencializaram este desafio. Thomas explica alguns pontos importantes para a nossa discussão: “Sou muito curioso pra tudo. E eu não gosto de ficar sem respostas”. A partir da sua forma de se relacionar, buscando respostas para os seus questionamentos, ele fala sobre os recursos subjetivos que usou para o enfrentamento:

Eu tentava me apegar a números. Se tinha febre, como que estava a saturação. Até a doutora, lembro como se fosse hoje, olhou e falou assim: mas você não pode se ater a números. Aí eu me estressei! Aí eu falei assim: mas doutora, eu sou leigo, se eu não me ater a números, eu vou me ater a quê? (THOMAS).

Diante do apontamento da médica, a qual estava informando o quadro do pai, Thomas posiciona-se e defende a forma como se organiza subjetivamente para enfrentar estes dias difíceis. O filho então, manteve-se fazendo perguntas específicas, sobre números e parâmetros de exames, apesar do apontamento da médica de que ele não deveria ater-se aos números que correspondiam aos parâmetros do processo de recuperação do pai.

Ele buscava estes parâmetros para lidar com o desconhecido, já que o pouco que Thomas conhecia sobre a doença que estavam enfrentando, era assustador para ele; tratava-se de uma doença mortal. Tratava-se de uma doença que poderia tirar a preciosidade da perspectiva de permanecer construindo um vínculo pelo qual ele esperou e lutou durante toda a sua vida. Assim: “*E aí comecei a questionar, questionar e pesquisar e aí acabou que depois eu já estava expert em COVID*”.

Os parâmetros serviam para alimentar sua esperança durante os sete dias de intubação do pai: “*porque querendo ou não, a gente ainda tinha esperança. A gente jantava aí a gente colocava até um pratinho: esse é o pratinho do pai*”. No entanto, havia um sentimento contraditório em relação a esperança; ela coexistia com o medo diário: “*um medo, diário, de receber uma ligação e as notícias não serem boas*”. Portanto, **de forma racionalizada o filho se mantinha esperançoso em sua espera, porém, ciente do risco iminente de receber uma má notícia.**

Com relação ao cuidado ofertado na UTI o filho relata:

Pra quem está do lado de fora é essa visão que tem: que vai chegar, vai ser bem cuidado, né? Mas não vai ter o afeto, não vai ter a compaixão. Não sei se posso dizer essa palavra porque parece que soaria... que nunca existiu isso na área da saúde. E se deparar com uma coisa completamente diferente, né? Com amor ao próximo e todo aquele cuidado (THOMAS).

Thomas demonstra sua preocupação com os cuidados que deveriam ser dispensados ao seu pai, explica que esperava que os cuidados médicos fossem de excelência, no entanto, ele tinha conhecimento que o ambiente de UTI é menos afetivo e mais técnico, e, portanto, não seria possível encontrar um cuidado mais humanizado que envolvesse o paciente, sua família e equipe de saúde. Com relação ao cuidado oferecido na UTI, ele relatou sua surpresa ao ver seu pai com boa aparência, demonstrando que foi cuidado de acordo com um aspecto que era muito importante para o Sr. Luís, conforme o seu relato:

O ato de fazer a barba, nossa, é engraçado porque ele estava meio amarelado no dia anterior e depois ele já estava mais corado, sabe? Então foi muito engraçado. **Mudou totalmente.** Será que ele sabia que ele estava com a barbinha feita? Não sei. Mas ele falou que não, que não sabia, mas a gente não sabe como o subconsciente funciona, essas coisas, então... **Mas foi um choque de ânimo pra gente.** Ver que a feição dele já tinha mudado, então deixou a gente mais aliviado (THOMAS).

A qualidade do cuidado que o Sr. Luís recebeu da equipe da UTI e o zelo com a sua família foi fundamental para a sobrevivência de seu pai, conforme destacou Thomas:

[...] a forma e o cuidado com que ele foi tratado e forma que vocês também nos trataram, né? **Se ele não estivesse aqui eu não sei se ele teria, por exemplo, passado dessa. Na minha opinião acho que não, ele não teria aguentado.** Então acho que detalhes assim foram os principais, o cuidado né?

No que tange ao cuidado psicológico durante a internação do pai na UTI, Thomas relatou que os encontros foram fundamentais para reafirmar a sua função de responsável

da família diante da situação de incerteza que estava enfrentando. Este papel foi um recurso subjetivo identificado e valorizado pela Pesquisadora/Psicóloga para que ele assumisse o protagonismo deste processo.

Eu estava muito fragilizado naquele momento, então encontrar você aqui e saber que você estava acompanhando, que nós podíamos contar com você... a forma que nós conversávamos, a forma, também com as informações vinham pra cá, eu acredito que a parte da psicologia, falando por você, os médicos, eles são muito números. O que é ponto, ponto, isso e acabou. Ou seja, é uma parte mais humanizada. Ali tem os números, mas só que também tem uma parte mais emocional, humanização, do cuidado. Então era um momento que assim, eu conseguia refletir, voltar em mim e meio que encontrar aquela força que eu tinha perdido para continuar lutando, ajudando a minha mãe que também estava abalada emocionalmente (THOMAS).

Para Thomas, a Psicologia era a “parte humanizada” dos atendimentos hospitalares, uma vez que a qualidade e cuidado das comunicações sobre o estado de saúde do seu pai eram eivadas de informações adequadas, os quais proporcionaram reflexões substanciais, com efeitos terapêuticos necessários para o enfrentamento da internação, conforme ele expressou: *“Então, no momento que a gente conversava era aquele o mínimo gás que eu precisava pra que pudesse seguir”*. Em que pese a angústia gerada neste momento, ele se munia da condição de sua liderança para enfrentar a sua fragilidade diante da incerteza.

Na dinâmica conversacional, Thomas expressa a sua gratidão pelas experiências que lhe foram proporcionadas neste processo, as quais mobilizaram os seus recursos subjetivos, como a esperança e a solidariedade diante da união de sua família, conforme ele expressou ao escolher as três imagens seguintes:

Imagem 7: Toque na mão de paciente



A primeira, que mostra o cuidado que tiveram com o meu pai.

Fonte: Google Imagens

Imagem 4: Uma família



A segunda, da união da nossa família. A gente pode estar todos juntos de novo (se emociona).

Fonte: Google Imagens

Imagem 6: Pessoa recebendo injeção



A terceira, é a esperança, né? para que outras pessoas não precisem passar pelo que a gente passou.

Fonte: Google Imagens

A experiência da internação do pai na UTI gerou angústias decorrente do medo da perda do pai, no entanto, Thomas foi assumindo o protagonismo, se tornando o principal elo de comunicação entre a equipe de saúde e os membros de sua família e sobretudo, assumiu os cuidados de sua mãe durante todo este período, mobilizado pela esperança de dias melhores para usufruir da companhia de seu progenitor. Assim, alguns meses após a alta do seu pai, ele decidiu mudar-se de São Paulo para Dourados após 10 anos de distanciamento. Em suas palavras:

Tanto é que foi um dos motivos de vim pra cá. Acabou mudando a minha vida profissionalmente, regrediu minha faixa salarial, tudo só para poder ficar mais perto deles. E minha vida mudou, eu estou muito, muito mais feliz aqui, muito mais feliz aqui (THOMAS).

Deste modo, diante da ameaça de óbito do seu pai, **Thomas avançou na busca de mudanças pessoais, visando construir outras possibilidades de vida, inclusive laboral, para estar junto da sua família, assumindo a posição de sujeito.** Sobre isso, a Teoria da Subjetividade explica que somente nesta condição o ser humano se expressa de forma intensa, viva, podendo assim, por meio da intencionalidade transformar sua própria história, portanto, o que caracteriza a posição de sujeito é a capacidade de romper com suas circunstâncias e redefinir-se individual e socialmente (ROSSATO; MARTINS; MITJÁNS MARTINEZ, 2014).

As circunstâncias que Thomas e seu pai vivenciaram no transcurso da internação por covid-19 propiciaram condições para gerar inteligibilidade sob o processo de cuidado de uma pessoa gravemente enferma e hospitalizada na UTI, no qual o trabalho da Psicologia foi reconhecido como essencial, ofertando-lhe condições para enfrentar as situações geradoras de angústias, que decorreram das incertezas da reabilitação de seu progenitor.

Aprendemos neste encontro com Luís, Thomas e colegas de trabalho que o processo de adoecimento e internação em UTI, requer conhecimento sobre as condições de vida dos pacientes e seus familiares, sobretudo no que tange as relações interpessoais entre os seus membros, observando quem assumirá a frente de comunicação com a equipe de profissionais. Esse processo se constitui em espaço para interlocução, gerando possibilidades para os confrontos entre as crenças, preconceitos, concepções sobre a COVID-19 que estavam presentes na subjetividade social dos participantes, sobretudo no que se refere a finitude da vida de entes queridos.

Neste percurso, encontros com novas ideias e conhecimentos, oportunizados pela Psicóloga/Pesquisadora foram recursos que mobilizaram a produção de sentidos subjetivos sobre a qualidade das relações estabelecidas entre Thomas e seu pai, quando expressou o valor de viver o presente com intensidade de afetos, fortalecendo os vínculos, conforme sintetizou na frase: **“Eu não acho que a vida é curta e eu não acho que a vida é muito comprida. Eu acho que a vida ela é o suficiente”**.

4.4.2. Entre renúncias, medo e amor: a vivência de Laura

Laura é esposa de Vitor e se apresentou como familiar responsável durante os 50 dias de internação. Para realizar a visita diária, Laura locomovia-se cerca de 30

quilômetros, já que ela não residia no município em que o hospital estava localizado. Ainda assim, ela fazia questão de estar sempre presente.

Laura optou por realizar as visitas presencialmente, para tanto, recebia a paramentação necessária e foi acompanhada pela psicóloga/pesquisadora durante as primeiras vezes que entrou na UTI-COVID; posteriormente, recebeu o treinamento para que pudesse visitar o esposo de forma segura, sempre que desejasse. Durante a dinâmica conversacional, Laura se emocionou, manteve-se atenta ao diálogo, participando, questionando, relatando as suas experiências de cuidado e as suas dificuldades.

Sobre a experiência de ter uma pessoa da família com COVID-19 e hospitalizada na UTI, Laura ressalta os sentimentos de medo diante da ameaça constante de perda do seu esposo, vivenciada durante este período: *“Porque quando a gente está vivendo, o medo é demais”*; *“o medo era muito, medo de perder ele”*. O medo da morte estava presente neste momento para a população mundial, uma vez que as informações que circulavam nos meios de comunicação evidenciavam a relação entre esta doença com a possibilidade de finitude da vida, uma vez que não tínhamos vacinas suficientes e nem remédios adequados para combatê-la, sobretudo quando ela se agravava e requeria internação em UTI.

Vale ressaltar ainda que o mês de abril de 2021, período em que o esposo de Laura foi admitido na UTI com complicações da doença, foi justamente o mês mais letal da pandemia de COVID-19, no Brasil. Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, ocorreram 82.266 mortes no mês de abril, e nesse mês ultrapassávamos a marca de 400 mil mortes desde o início desta pandemia. Estes dados foram identificados na subjetividade social de Laura e entre os integrantes dos ambientes onde foi realizada esta pesquisa. Esta situação evidenciou-se quando foi necessário aguardar uma notícia sobre o estado de saúde de Vitor, conforme ela explica sobre os sentimentos contraditórios que a incerteza da situação despertava:

Eu tinha medo do telefone tocar. Eu fui embora (da UTI), mas eu não queria dormir, não queria deitar. Mas ao mesmo tempo, eu queria que chegasse amanhã. Eu queria uma notícia boa amanhã, mas eu não queria que chegasse, porque eu tinha medo da noite passar, de dormir e o telefone tocar (LAURA).

No que tange ao vínculo entre Laura e Vitor, ela enfatiza a importância da família e da presença de Vitor na vida da família e o quanto ele se constituiu como referência para ela e para as duas crianças, conforme relatou a seguir:

Pesquisadora: Quais foram as maiores dificuldades que você enfrentou?

A dificuldade foi pensar em tudo, né? Nossos filhos, tipo o J. tinha doze anos, a bebê tinha dez meses. Sempre foi muito nós três, depois veio a L. e ficou nós quatro. Então sempre foi o medo de perder isso (LAURA).

A intubação gerou para Laura dúvidas sobre a intensidade do sofrimento do seu esposo, pois não tinha certeza da eficácia dos sedativos e anestésicos para poupá-lo do desconforto. Neste processo, o acolhimento e a informação disponibilizada durante os encontros com a Psicóloga/pesquisadora possibilitaram-lhe condições para enfrentar as dificuldades impostas neste contexto, conforme relatou na entrevista:

Pesquisadora: Nesse período, o que mais trouxe sofrimento?

Foi ver o sofrimento dele. Apesar que ele não viu muito sofrimento. Mas eu, de ver ele daquele jeito, eu imagino que se ele estivesse vendo, ele sofreria. E até o jeito que a pessoa fica na UTI, né? **Eles sofrem demais...** (LAURA).

O discurso hegemônico no contexto da UTI é de que a pessoa submetida à ventilação mecânica, sob efeito de sedativos e analgésicos usados de forma contínua eximem o paciente de qualquer desconforto ou dor, ou seja, acreditava-se que os fármacos eram capazes de neutralizar quaisquer sensações e sentimentos. No entanto, Laura externalizou que as lembranças de sofrimento que ficaram memorizadas, as quais estavam amalgamadas com muita emoção, conforme o seu relato: “*para quem passa e pra quem vê, é muito*”. Pode-se observar que no diálogo onde foi apresentado um conjunto de figuras sobre a temática, a primeira imagem escolhida por Laura foi a de um homem na UTI, monitorizado e com suporte ventilatório. Sobre a escolha da imagem, ela explica:

Imagem 8: Pessoa respirando com suporte



Essa aqui foi na fase que ele estava muito ruim, que ele estava aqui no hospital. Foi uma fase que essa imagem dá muito sofrimento, faz eu lembrar de tudo que ele passou, que **ele sofreu**, que **eu vi** e que não foi fácil.

Fonte: Google Imagens

Esta situação se agudizou diante da condição de Laura, enquanto mulher trabalhadora, mãe de uma criança de 12 anos e de uma menina de 10 meses que ainda estava dependente do leite materno, a qual foi desmamada neste período para que ela pudesse dar assistência ao seu esposo em outra localidade, conforme o seu relato:

Porque quando pôde, que ele ficou pra cá (na enfermaria) eu fiquei (como acompanhante). Com muito dó de deixar a neném lá. Tanto que ela mamava ainda no peito. Eu tirei ela do peito para poder ficar aqui. Mas foi sofrido, porque um dia ela estava mamando e no outro... não, porque eu já vim e fiquei pra cá (LAURA).

Somando-se aos encargos da condição feminina de cuidar de seus filhos e contribuir para o sustento de sua família, Laura foi demitida do trabalho quando Vitor recebeu alta da UTI, uma vez que ele necessitou de uma pessoa para acompanhá-lo na enfermaria do hospital. Esta situação é muito comum na sociedade capitalista atual, onde a mulher exerce dupla jornada de trabalho e em muitas situações os seus direitos trabalhistas estão sendo ameaçados, conforme ela declarou “eu ganhei as contas (do trabalho), mas eu já sabia disso, porque quando eu optei por estar aqui com ele, eles falaram né? Que atestado era só de filho. Agora, para marido não servia”.

Identificamos que em sua configuração subjetiva a condição de mulher – mãe, trabalhadora – e esposa forte era naturalizada, pois seu papel era manter o equilíbrio da sua família de forma resignada. A compreensão do conceito de configuração subjetiva nos permite gerar inteligibilidade sobre o sistema subjetivo de Laura, compreendendo o como um processo ativo, em constante movimento e organizado no curso de suas experiências atuais. Ademais, o mundo social aparece nos sentidos subjetivos produzidos por Laura a partir de sua experiência em ser mulher na sociedade ocidental moderna durante o período pandêmico.

Em que pese o acúmulo das funções exercidas por Laura, elas eram recursos subjetivos que a mobilizavam o enfrentamento das adversidades deste momento como expressou quando relatou a sua preocupação com o seu filho mais velho:

O J. eu fico muito preocupada com ele, porque ele passou tudo tão quietinho. Eu não esqueci até hoje que quando o pai dele foi intubado pela primeira vez, foi no dia 11 de abril, que ele falou que não importava se o pai dele ia voltar daqui a uma semana, daqui 40 dias, mas o pai dele IA VOLTAR! E ele se manteve firme nisso e foi quase isso mesmo. Passou um pouco dos quarenta dias (LAURA).

Desta forma, apesar dos sentimentos contraditórios e das recorrentes preocupações com os filhos, Laura assumiu os desafios impostos de cuidar e priorizar o seu companheiro, que naquele momento estava fragilizado e precisando se recuperar. Para tanto, necessitou de atenção da Pesquisadora/Psicóloga, no manejo da sobrecarga de papéis que assumiu, os quais estavam presentes em suas configurações subjetivas.

4.5. O PAPEL DA PSICOLOGIA NO PROCESSO DE CUIDADO EM UTI

A construção da informação sobre a caracterização do trabalho da Psicologia na UTI durante a pandemia de coronavírus é um dos objetivos da presente pesquisa. Para tanto, o diálogo com a psicóloga Lavínia, a qual participou ativamente do cuidado de pacientes acometidos gravemente pela COVID-19 foi fundamental.

A entrevista foi realizada presencialmente, na sala da Psicologia do hospital em uma sexta-feira à tarde, do mês de março de 2022, três meses após a instituição fechar seus leitos de UTI destinados ao atendimento de pessoas com Coronavírus.

Ademais, a pesquisadora participou ativamente durante todo o processo de cuidado da pessoa acometida pelo novo Coronavírus, desde o início da pandemia, portanto, participa também do processo de construção de informação deste trabalho. Nesta etapa, o diálogo foi utilizado como recurso para a construção da informação já que, nesta perspectiva, o diálogo se configura como espaço social compartilhado permeado por um vínculo relacional no qual as singularidades de seus protagonistas não são negadas.

Cabe ressaltar que para González Rey (2004) subjetividade social e a individual são momentos diferentes de um mesmo sistema. Assim, ambas as instâncias são sistemas processuais em desenvolvimento, os quais se constituem na relação que o ser humano estabelece com o seu meio. Ademais, compreende-se saúde como um processo subjetivo constituído pelo individual e pelo social de forma sistêmica. A subjetividade social, por sua vez, permite a compreensão das distintas modalidades de produção subjetiva que tomam forma em espaços sociais, tais como as instituições de saúde (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2020). Portanto, a seguir, serão analisados os sentidos subjetivos expressos na vivência das psicólogas inseridas em uma UTI de um hospital universitário público no interior do Mato Grosso do Sul no período da pandemia de COVID-19.

4.5.1. A permanência das psicólogas e o processo de desconstrução e construção do trabalho no enfrentamento à pandemia de COVID-19

A presença da Psicologia em um ambiente dominado pelo saber biomédico é um desafio, uma vez que precisa avançar para além da perspectiva de saúde vinculada à ideia de ausência de doença e sobretudo, porque exigirá a produção de um modelo teórico que deverá ser capaz de superar a dissociação e fragmentação dos indivíduos. Deste modo, não basta a presença do profissional da psicologia, mas se deve atentar para o modo como ele deverá estar presente nestes espaços.

Estar presente na UTI para a psicóloga do setor é a capacidade de engajamento na rotina do serviço, conforme expressou *“Eu acho que a maior contribuição da psicologia é a disponibilidade da presença”*. Desta forma, ser, estar e permanecer presente na rotina de cuidados da UTI, demonstra um indicador de sentido subjetivo que se encaminha para a subversão da ordem hegemônica deste espaço normatizado na perspectiva biomédica.

A solicitação de presença da Psicologia e as condições que permitiram a permanência de uma profissional de saúde mental, a qual focaliza e promove o reconhecimento da subjetividade e das singularidades dos indivíduos nesta equipe da UTI durante sete anos, é um indicador de mudança da subjetividade social desta instituição.

Quando decretado o estado de pandemia pela OMS no dia 03 de março de 2020, o hospital imediatamente começou a se reorganizar para o atendimento nessa nova realidade. E assim, a presença de cada uma das categorias profissionais foi questionada, sendo solicitado que permanecessem apenas aqueles que fossem essenciais, uma vez que a disponibilização de Equipamentos de Segurança Individual (EPI) era restrita e, por isso, foram tomadas as medidas de contenção do uso destes. Além disso, havia risco de contágio.

As categorias profissionais essenciais na UTI, segundo as normativas institucionais, eram: enfermagem, medicina e fisioterapia, as quais devem trabalhar em escala de plantões. Esta unidade funciona todos os dias da semana, durante 24 horas. Portanto, neste contexto, a Psicologia não foi considerada profissão obrigatória. No entanto, a equipe requeria a nossa presença enquanto psicóloga do setor na composição da equipe para enfrentar a pandemia de COVID-19. Essa reivindicação demonstra a mudança de compreensão da função deste profissional, na constituição de uma unidade de alta complexidade.

Ancorada na perspectiva cultural-histórica, a nossa decisão em permanecer de forma presencial possibilitou a construção de produções teóricas e metodológicas para

atuar em emergências. Deste modo, assumindo a condição de sujeito junto com o grupo de referência, permanecemos neste ambiente, subvertendo a ordem do espaço institucional e as recomendações do Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP 04/2020)⁹.

Além da subversão em relação ao espaço normativo requerido pela decisão de permanecer, nós psicólogas, juntamente com os demais profissionais da linha de frente precisamos enfrentar a exclusão imposta pela sociedade, já que éramos considerados pessoas contaminadas. Experimentamos colegas de trabalho de outros setores, parentes e familiares afastando-se e evitando qualquer tipo de contato por associar os profissionais da linha de frente à doença.

A exclusão vivenciada por nós foi enfrentada com o apoio mútuo entre a equipe, criamos espaços para compartilhar os sentimentos, falar sobre os medos e formas de enfrentamento e enfim, nos acolhermos mutuamente. Ou seja, a relação entre a equipe foi fortalecida neste processo, por meio dos conhecimentos compartilhados e aceitação dos limites e possibilidades, os quais constituíram-se em recursos subjetivos para o enfrentamento do medo e da solidão dos profissionais de saúde que estavam na linha de frente.

Essa experiência nos ensinou que o exercício da profissão de psicólogo requer atenção às dimensões subjetivas a fim de subsidiar as ações para responder as demandas das situações de crise sanitária, uma vez que a vivência da pandemia exigiu a construção de novas ferramentas para o trabalho e tal processo de criação só é possível quando o profissional mobiliza recursos subjetivos, assumindo o lugar de sujeito da ação.

Para tornar possível a inserção das psicólogas, participamos de todos os treinamentos ofertados na instituição. Imediatamente, foram formados grupos de trabalho para estudos sobre as melhores e mais seguras práticas de autocuidado e cuidado ao paciente com COVID-19, técnicas de paramentação e desparamentação¹⁰, reorganização dos espaços etc.

Neste momento, o sentimento era de pesar, tristeza, raiva e sensação de um desmonte do trabalho humanizado que fora construído ao longo de 6 anos. Assim, tivemos que mudar a rotina de cuidados como exemplo, o direito ao acompanhante, conferências familiares, visitas, participação em round multiprofissional, participação em encontro

⁹ Resolução CFP nº 4 de 2020 orienta psicólogas e psicólogos de todo o Brasil acerca da atuação on-line diante do cenário de pandemia do novo coronavírus.

¹⁰ Paramentação e desparamentação se referem ao processo de colocar e retirar os equipamentos de proteção individual (EPI) na sequência correta, a fim de evitar a contaminação dos profissionais de saúde.

com a alta gestão, retirada de pacientes da UTI para a área externa do hospital etc. Paulatinamente, outras tecnologias de cuidados foram sendo incorporadas à nova rotina.

Passamos a conviver com a pandemia e com os sentimentos de medo e desamparo em nosso cotidiano, no entanto, estar presente e de posse da compreensão de que o ser humano deve ser assistido em sua integralidade foi recurso subjetivo que mobilizou as nossas ações e relações neste contexto em que a fratura da sociedade estava exposta.

Permanecer presente durante uma pandemia seria um ato de coragem, como apontaram alguns colegas de profissão. Segundo o dicionário brasileiro de língua portuguesa Michaelis, coragem significa:

1. Força ou energia moral diante do perigo.
2. Sentimento de segurança para enfrentar situações de dificuldade moral.
3. Atributo de quem tem determinação para realizar atividades que exigem firmeza.
4. Força física para suportar esforço que demanda tempo prolongado.

Tendo em vista o cenário de total desconhecimento da doença e fragilidade das políticas públicas para enfrentar a situação, o que nos fortaleceu foi o compromisso ético e moral com a profissão, com a equipe e com as pessoas que precisavam de cuidados da Psicologia.

Sobrepondo-se ao medo, a coragem precisou ser construída, como consequência do desejo de ser ética e seguir realizando um trabalho que faça a diferença na vida das pessoas que inevitavelmente viveriam seus últimos dias sob nossos cuidados e na vida daqueles e daquelas que precisariam seguir após uma experiência potencialmente traumática de internação na UTI-COVID.

Para seguirmos sustentando nossa permanência, fomos orientadas e estivemos ativamente presentes durante todo o processo de transformação de uma UTI nos moldes tradicionais para uma UTI-COVID. Trabalhamos para que o processo de mudança fosse sendo consolidado na perspectiva de humanização em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde a humanização na área de saúde se caracteriza como proposta ética, estética e política. Ética por implicar mudança de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, de modo que todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade dos serviços prestados em saúde. Estética, por abranger o sistema de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo e, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A ausência da Psicóloga na UTI em momentos de crise era sentida pela equipe, conforme o relato de Lavínia “*Então a falta do psicólogo descompassava muito da rotina da equipe*” isso porque: “*nossa ausência modificava todo o ambiente, principalmente em momentos de crise*”. Este aspecto mobilizou o seu interesse para investir nos cuidados dos pacientes e de seus respectivos familiares.

A disponibilidade, a coragem e a resistência em permanecer ativamente presente possibilitou a criação de processos que buscavam conhecer as dimensões subjetivas das pessoas que estavam gravemente acometidas pelo coronavírus, uma vez que a promoção de saúde requer atenção para a singularidade dos envolvidos e da sua coletividade.

Desta forma, no contexto da saúde, a psicologia não pode ser simplesmente uma ferramenta servil e secundária do desenvolvimento do modelo dominante biomédico, mas sim uma alternativa subversiva aos princípios que dominam a ação institucional das práticas assistenciais (GONZÁLEZ REY, 2015).

A psicóloga Lavínia aponta também para a necessidade de estar presente em momentos importantes da vida das pessoas hospitalizadas e seus familiares. Ela compreende que essa foi uma das maiores contribuições da Psicologia neste momento: “*É estar presente em momentos muito importantes pro paciente que as vezes foram os últimos momentos desse paciente*”. O relatório disponibilizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), demonstrou que a taxa de mortalidade de pacientes internados em UTI em hospital do SUS foi de 18,5% para pacientes que não necessitaram de ventilação mecânica e de 72,0% para pacientes que necessitaram de ventilação mecânica (AMIB, 2021). Esse dado nos mostra o quanto as mortes foram frequentes no dia a dia de trabalho em uma UTI-COVID.

Em que pese a grande quantidade de óbitos e as restrições impostas, a morte não foi banalizada pela psicóloga, a qual participou ativamente da criação de possibilidades de cuidado individualizado de pacientes em risco iminente de morte, agindo prontamente para a construção de cuidados de fim de vida, juntamente com sua família.

Tal construção de possibilidades se tornou urgente e necessária, já que as políticas vigentes proíbem a realização de funerais e orientam que os corpos sejam acondicionados em saco impermeável, à prova de vazamento e selado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). A justificativa para esta tratativa é o controle de infecção e a segurança das famílias e pessoas que precisam manusear o corpo. Assim, a repulsa pelo corpo, tanto vivo como morto, da pessoa acometida pelo coronavírus logo passou a ser uma realidade produzida coletivamente.

Dessa maneira, de que forma poderíamos proporcionar dignidade à pessoa que morre por COVID-19 e seus entes queridos neste contexto? Esta indagação mobilizou as psicólogas a construírem junto à equipe ações para proporcionar conforto naquele momento, conforme ela relatou: *“Desde o princípio a gente conseguiu, em certa medida, dá isso pro familiar, né? De ele ver que era realmente o familiar dele que estava ali”*.

Ademais, em abril de 2020 a UTI do hospital compôs um grupo de trabalho para a construção de um fluxo de óbito de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19. Este grupo também estava encarregado de ministrar um curso para toda a equipe, orientando-os sobre o protocolo institucional. A Psicologia esteve presente durante todo o processo de estudo das normas vigentes, construção do fluxo adaptado a realidade da instituição e treinamento dos profissionais da unidade.

A equipe também estava sensibilizada e aflita com a forma na qual as pessoas estavam sendo tratadas por isso, construímos possibilidades de reconhecimento dos corpos, em respeito a história e a subjetividade dos indivíduos que faleceram e seus familiares. Desta forma, em meio a descrição do Procedimento Operacional Padrão (POP) construído na instituição, denominado: Cuidados pós-óbito de pessoas com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus, podemos encontrar:

Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável, evitar contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles. O familiar deverá estar devidamente paramentado (EBSERH, 2020, p. 52).

Evidencia-se aqui a ação protagonizada pela profissional e sua equipe a qual possibilitou o contato dos familiares com o paciente já falecido, preferencialmente na UTI, de forma que seja preservada a segurança de todos. Visando proporcionar condições para o momento da despedida, a administração do hospital redimensionou orçamento para disponibilizar EPI (luvas, capotes e gorro) e recebeu doações do Sindicato dos Trabalhadores em Educação das Instituições Federais (SINTEF) de máscaras N95 (o tipo adequado para o contato com pessoas com COVID-19).

Portanto, as famílias desde o primeiro óbito ocorrido na unidade, puderam estar presentes de forma segura. O referido POP também orienta evitar o contato direto, mas abre a possibilidade para que a equipe da linha de frente avalie as necessidades de cada caso e conduza o reconhecimento do corpo da melhor forma possível.

A figura nº 08 registrou um dos momentos de acolhimento realizado ao esposo da primeira paciente da região sul do estado do Mato Grosso do Sul que faleceu no hospital. O registro foi feito pela rede de apoio da mulher, os quais encaminharam a imagem pelo celular da instituição, juntamente com a autorização de seu uso. O contexto era de morte de uma jovem que faleceu após dois dias de internação na UTI e que deixava três filhos, dentre eles, um bebê de 1 ano que se alimentava com o leite materno. Tratava-se de um jovem casal de estrangeiros que buscavam uma vida melhor no Brasil.

Figura 8: Psicóloga em atendimento ao familiar



Fonte: foto tirada pelos familiares

Este foi primeiro óbito por COVID-19 na região sul do Mato Grosso do Sul, o qual gerou pânico em toda a população da região. Por isso, o hospital precisou enviar uma nota explicando a situação para a imprensa, a fim de evitar falsas informações, conforme o que se segue:

“[...]durante o tempo de internação, a equipe médica e o serviço de psicologia hospitalar permaneceram em

contato com o esposo de (...), **que foi devidamente informado e ouvido a cada procedimento, evolução e tomada de decisão no cuidado à paciente** (MÍDIAMAX, 31 de maio de 2020)”.

Neste sentido, observou-se o protagonismo do setor de Psicologia na promoção de mudanças na subjetividade social dos membros da instituição, no que se referiu ao reconhecimento da necessidade da individualização dos atendimentos, para além de protocolos, e fortalecendo com isso, a autonomia da equipe de saúde na proposição de cuidados, considerando as especificidades de cada caso. Sobre este movimento, Santos (2020) explicou que:

A construção de uma nova realidade, mesmo sendo um empreendimento individual, constitui-se como uma composição coletiva, permeada pelo sistema subjetivo atual dos membros do grupo em articulação com as tendências dominantes na subjetividade social (SANTOS, 2020, p. 101).

Assim, a equipe da Psicologia foi protagonista, colaborando no processo de comunicação para evitar as notícias falsas, as quais foram recorrentes na sociedade brasileira. Este é um trabalho que merece prosperar e requer maiores aprofundamentos.

O reconhecimento do corpo por videochamada foi uma medida proposta para atender familiares de pacientes que estavam distantes e não podiam comparecer ao hospital, ainda que em caso de óbito. Essa ação acontecia com a mediação das psicólogas, que viabilizavam a visita virtual para que o reconhecimento do corpo pudesse ser realizado.

Outra possibilidade construída coletivamente com a equipe da UTI, para o cuidado com os corpos e manifestado no POP da instituição foi: **“Acondicionar carta ou objeto trazido por familiar/responsável para acomodação junto ao corpo, se disponível”**. Com isso, se abre a possibilidade de cuidado ao corpo por meio de símbolos afetivos e culturais, respeitando a história da pessoa e a vontade da família.

A abertura para o reconhecimento e reafirmação da subjetividade possibilita a criação de ações capazes de produzir novos sentidos subjetivos tanto para as profissionais, como para os familiares daqueles que faleceram na UTI.

Desta forma, todas as ações de cuidado construídas coletivamente no que tange ao cuidado da pessoa internada na UTI por agravos da infecção causada pela COVID-19

reafirmam a importância de reconhecermos a pessoa na sua condição de sujeito, tanto no que se refere aos que estão na posição de pacientes, ou seus familiares, quanto aos profissionais de saúde.

Estar na condição de sujeito, tencionando as subjetividades social e individual é o que permite mobilizar sentidos subjetivos para avançarmos em relação a uma saúde que historicamente é limitante e castradora. Por isso, o emergir do sujeito é parte essencial da mudança de configurações subjetivas hegemônicas na vivência do profissional de saúde durante a pandemia que assolou a sociedade moderna.

4.5.2. O desafio da comunicação durante a pandemia de COVID-19: estratégias que facilitaram a comunicação entre o paciente, sua família e equipe de saúde

A principal atribuição da Psicologia no contexto da pandemia de COVID-19 foi investir no desenvolvimento de conteúdos e estratégias para melhorar a comunicação neste contexto, conforme relatou Lavínia: “eu acho que a minha principal tarefa era garantir uma comunicação efetiva entre o ambiente externo, pensando o ambiente externo como a família, e o ambiente interno, como a UTI”. Os instrumentos mediadores para garantir uma comunicação eficaz e conseqüentemente, proporcionar eficiência nos cuidados intensivos foi proeminente neste período.

Nesta perspectiva, o diálogo avançou para além da troca de informação entre pessoas, ele proporcionou condições para que os indivíduos envolvidos pudessem expressar os seus sentimentos, posicionamentos, dúvidas e experiências, colaborando para que o ambiente da UTI fosse menos inóspito, e sobre isto, vale salientar que a escuta qualificada promovida proporcionou as participantes desenvolverem-se como agentes ao longo do processo.

Evidencia-se, sobretudo, o caráter subversivo da comunicação para a superação de um modelo de saúde médico centrado, no qual, apenas o médico é quem deve falar, já que ele é quem possui o saber e a resposta para todos os questionamentos. Evidentemente, esse lugar de tudo saber e tudo poder não poder ser de fato ocupado por nenhuma categoria profissional ou campo de saber, já que o fenômeno da saúde humana é complexo e multifatorial, fugindo categoricamente de uma lógica de controle e previsibilidade.

Tradicionalmente, a pessoa enferma apenas é requisitada a falar para responder os questionamentos pontuais, de forma sucinta: falar sobre os sintomas, data do início e data da evolução, quais os medicamentos de uso contínuo, doenças prévias, histórico de alergias etc. Neste modelo de saúde que focaliza a doença, não há espaços e momentos

nos quais a pessoa doente possa realmente falar sobre a experiência do adoecimento, suas reais preocupações e medos, ou seja, não há espaço para que ela possa de fato ser ouvida.

Sobre o papel mediador da Psicologia, Lavínia relaciona: “Uma vez escutei uma metáfora colocando o psicólogo como uma ponte”. Aqui, mais uma vez, ela expressa a sua compreensão de que existem dois lados, que naturalmente são distantes e que a psicóloga tem como uma das suas principais tarefas aproximar esses dois mundos: o mundo e as necessidades do paciente e sua família e o mundo e as necessidades dos profissionais de saúde. Assim, ela reconhece que isso só será possível por meio de práticas dialógicas.

A comunicação, portanto, é um desafio constante no campo da saúde, mas que se intensificou durante o período da pandemia de COVID-19. O isolamento social e o risco de contágio culminaram na proibição das visitas nos hospitais de todo o país, tornando uma barreira, muitas vezes intransponível, o acesso da família a informações sobre os pacientes e o acesso da pessoa hospitalizada aos seus familiares.

O desafio em ser uma ponte no período pandêmico, foi intensificado. Entretanto, a negação de informação, seja propositalmente ou por falta de planejamento das instituições e das equipes de saúde, configura-se como uma violência. Tal negação relaciona-se a subjetividade social que reafirma a ideia de que o corpo de uma pessoa doente deve ser desprovido de sua história e de sua individualidade, acabando por ser destituído de sua condição de sujeito.

A presença ativa da Psicologia na UTI durante período pandêmico possibilitou a estruturação do serviço de acordo com os princípios da boa comunicação, focalizando as necessidades dos pacientes e seus familiares. Desta forma, a organização da dinâmica de trabalho ocorreu de forma a garantir a comunicação adequada entre a equipe, os pacientes e seus familiares. Para alcançar este objetivo, foram construídas estratégias que possibilitaram a manutenção da comunicação entre o paciente, sua família e equipe de saúde. Foram elas:

1. **Treinamento das funcionárias da recepção de visitas:** objetivou a otimização da coleta de dados durante a admissão do paciente na instituição para que os dados de contato dos pacientes ficassem disponíveis no sistema informatizado da instituição. Assim, tivemos um modelo que constava ao menos dois contatos e o parentesco destes com o paciente. O serviço de recepção funcionava impreterivelmente 24 horas por dia, assim, estes

profissionais coletavam os dados e explicavam a dinâmica de funcionamento das comunicações para a família, no ato da admissão.

2. **Liberação das ligações em telefones da instituição:** Foi realizada solicitação de liberação dos telefones da UTI, que até este período, era bloqueado e fazia ligações mediadas pelas telefonistas da instituição. A solicitação foi atendida pela gestão e então, os telefones da UTI passaram a fazer ligações diretamente, poupando o tempo dos profissionais de saúde.
3. **Lista de telefones:** diariamente era organizada uma lista com o contato de todos os pacientes internados na UTI (gráfico 2). Além do telefone do familiar responsável por receber as informações sobre o quadro clínico do paciente, haviam dados que caracterizavam a pessoa, trazendo mais possibilidades de construção e resgate da identidade da pessoa internada.

Gráfico 2 – Modelo de lista de telefone dos pacientes internados na UTI

LISTA TELEFONE

UTI-A

Data: 21 de abril de 2021

Leito	Nome	Horário do contato	Assinatura médico (a)
A	Luis da Silva (50 anos, casado, pai de 4 filhos, líder de produção, Dourados-MS, DIH: 11/04) (67) 9999-9999 (Thomas, filho) (67) 8888-8888 (Maria, esposa)		
B	Vitor da Silva (35 anos, casado, pai de 2 filhos, Itaporã-MS, DIH: 12/04) (67) 9999-9999 (Laura, esposa) (67) 8888-8888 (Maria, sogra)		

Fonte: autoria própria baseada em um modelo real

Este modelo de comunicação por telefone foi novidade para os profissionais de saúde, mais especificamente para os médicos (as) os quais eram responsáveis pelas ligações para as famílias. Foi estabelecido o horário das 11 horas da manhã para as ligações. Horário este estrategicamente escolhido pela equipe médica.

Para a implementação deste modelo de comunicação, ao longo de três meses, acompanhei todas as ligações para as famílias, realizando orientações e dando o suporte necessário aos médicos e médicas para que as comunicações acontecessem da melhor forma possível.

4. **Anamnese psicológica:** Rotineiramente, antes da ligação do médico (a) para informar o quadro clínico, as psicólogas entravam em contato para a realização da anamnese psicológica do paciente, bem como para acolher e orientar a família em relação à rotina de cuidados na UTI. A ligação costumava ser recebida com ansiedade pelos familiares, portanto, é necessário que o objetivo do contato seja prontamente esclarecido. Ademais, busca-se compreender qual o nível de esclarecimento da família acerca do quadro do paciente. Quando há uma divergência nessa compreensão, sugere-se que seja realizada a orientação pela equipe de saúde. Tal informação é sinalizada ao médico, antes da realização da ligação. Desta forma, a relação estabelecida pela Psicologia com a família, facilitava e individualizava o processo de comunicação com os demais membros da equipe.
5. **WhatsApp institucional:** com a doação de um celular por uma enfermeira do hospital, foi possível viabilizar as chamadas de vídeos e facilitar o contato com as famílias. Atualmente este recurso é acessível para a maioria da população. Ao longo de toda a pandemia, não houve nenhuma família que não dispunha de um contato no aplicativo WhatsApp.
6. **Videochamadas:** foram realizadas chamadas de vídeo para contato diário dos pacientes com seus familiares. Nestes momentos, havia a possibilidade de a pessoa hospitalizada ver sua família, sua casa, seus animais de estimação etc. Além disso, esse recurso também foi utilizado para o contato da equipe com a família, já que o contato visual facilitava o estabelecimento de vinculação afetiva e fortalecimento do acolhimento.
7. **Prontuário afetivo:** criação de um modelo de prontuário para resgate da identidade e preferências do paciente hospitalizado. O modelo era adaptável a cada caso e composto por foto do paciente, informações da família, mensagens dos familiares, música preferida, atividade preferida etc. O prontuário era confeccionado apenas se fosse interesse do paciente e/ou da família e com as informações que gostariam compartilhar. Essa ação possibilitou muitas expressões de sentidos subjetivos das famílias, muitas vezes emergindo como ferramenta para o tensionamento dos vínculos afetivos.
8. **Visita presencial:** Tanto a visita beira-leito ao paciente, como a visita através do vidro (figura 6) eram possíveis de acontecerem com o acompanhamento das psicólogas da unidade e com todos os cuidados necessários. Para facilitar

o processo de treinamento, foi elaborada uma cartilha de orientação à lavagem das mãos e processo de paramentação e desparamentação (figuras 10 e 11). O documento era enviado via WhatsApp para o visitante que solicitava a visita presencial, para que ele fosse se familiarizando com o processo. A ferramenta não substituíva o acompanhamento presencial do familiar ao longo de toda a preparação e visita na unidade.

As ações acima relacionadas apontam caminhos e possibilidades construídas por meio da relação madura e genuína da Psicologia com a equipe da UTI. No entanto, tais **ações de cuidado só fazem sentido e se tornam potentes quando as pessoas, sejam os pacientes e/ou seus familiares, se tornam sujeitos deste processo, afinal, sem sujeitos ativos e subversivos não há mudança.**

A cartilha abaixo foi uma ferramenta produzida de forma interdisciplinar pela Psicologia em parceria com profissionais e alunas da residência multiprofissional em Saúde Materno Infantil:

Figura 9: Cartilha de orientações para visita presencial na UTI - frente

Siga as orientações e tenha uma visita segura



OBS: A máscara N95/PPF2 pode ser utilizada durante um mês.

Após o uso, guarde-a envolta em papel toalha. Não se deve lavar a máscara.

Orientações para visita UTI Adulto

- Venha com calça comprida
- Use sapatos fechados
- É permitida a entrada de 1 familiar por dia

Ao entrar em contato com o paciente
NÃO leve as mãos ao rosto

Lave as mãos sempre ao entrar e sair do quarto

Não utilize o celular durante a visita

Não retire a máscara do rosto

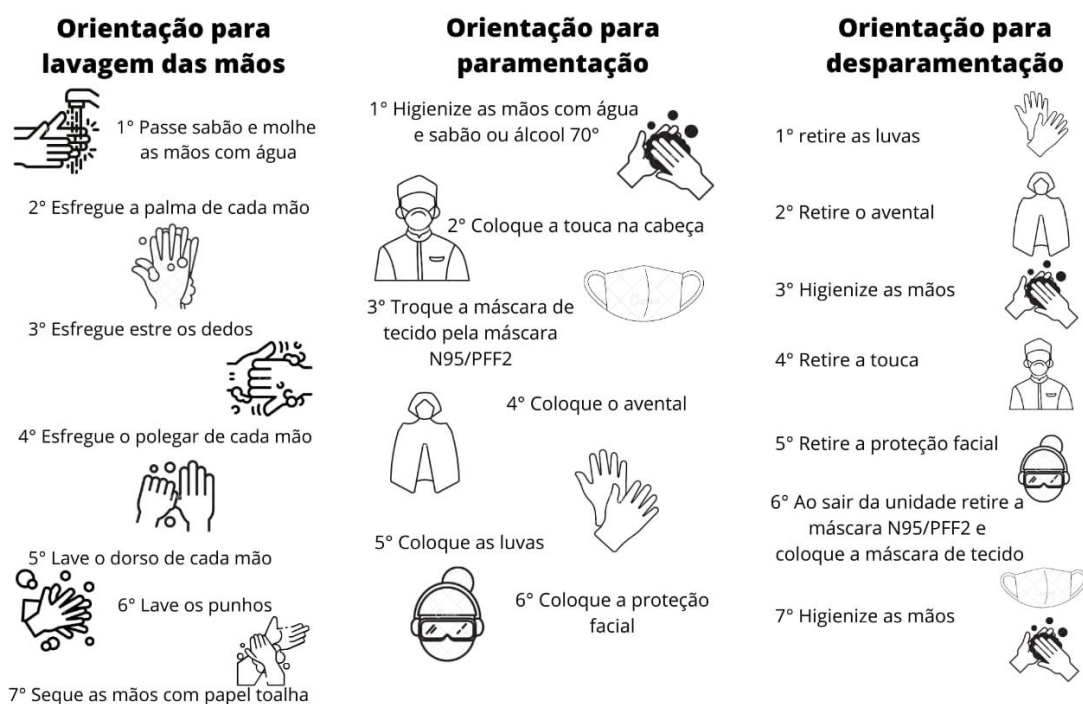




Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil
Dourados, MS, 2021

Fonte: Psicologia e Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil

Figura 10: Cartilha de orientações para visita presencial na UTI - verso



Fonte: Psicologia e Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil

É urgente a desmistificação de que o diálogo seja desnecessário no campo da saúde. Muitas vezes ele é encarado como perda de tempo, o que é sustentado pela noção de que abrir espaço para uma boa conversa não faz parte do trabalho, o que, por sua vez, gera culpa e sentimento de que o profissional não está trabalhando, quando está dedicando tempo à escuta e realizando os esclarecimentos de maneira eficiente.

Esta noção relaciona-se ao sentido subjetivo integrante da subjetividade social da fragmentação entre corpo e psiquismo, além da repulsa às emoções e sentimentos culminados no processo de cuidado. No entanto, a qualidade do diálogo relaciona-se à implicação dos participantes como sujeitos do processo.

Na perspectiva da Epistemologia Qualitativa a subjetividade é compreendida como produção e expressão delimitada subjetivamente por práticas e discursos, comprometida de modo indissociável com a emocionalidade (MITJÁNS MARTINEZ; GONZÁLEZ REY; PUENTES, 2019). Além disso, a emoção é indispensável por ser potente no enfrentamento e indispensável no processo de produção de novos sentidos subjetivos.

Além da inclusão da Psicologia na equipe de saúde, é fundamental que a conversação como técnica e ferramenta terapêutica seja ensinada a todos os profissionais

de saúde, de modo que seja integrado em seus currículos ao longo da formação. Afinal, a conversação é capaz de iniciar um processo de subjetivação diferenciado, gerando alternativas frente aos sentidos subjetivos que aparecem no processo de cuidado das pessoas que buscam atendimento nas instituições de saúde, as quais estão vivenciando momentos difíceis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa pode ser dividida em três fases, sendo que a primeira se caracteriza pela construção de conhecimento acerca das possibilidades de inserção da profissional de Psicologia na saúde e na linha de frente de enfrentamento à pandemia de COVID-19, a segunda etapa se refere à aproximação a Teoria da Subjetividade para compreender o fenômeno da saúde humana e o processo de adoecimento, levando em conta os aspectos culturais e históricos, bem como compreendendo o valor heurístico dos conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva para superar a taxonomia fragmentada que tem orientado os trabalhos em Psicologia da Saúde. A terceira fase se refere à produção de conhecimento para responder aos objetivos estabelecidos nesta pesquisa.

Para facilitar a compreensão sobre a dinâmica da instituição, foi apresentada a história da inserção da Psicologia no hospital e na UTI adulto, assim como as principais dificuldades e as conquistas de um trabalho coletivo ao longo de 12 anos. A contextualização desse cenário, o qual mantinha espaços de participação ativa e protagonismo das pessoas gravemente enfermas, juntamente com seus familiares facilitou a compreensão da inserção e produção do trabalho da Psicologia com o advento da pandemia de COVID-19. Os desafios e as limitações impostas pela pandemia mobilizaram a equipe para criar novas tecnologias de cuidado e neste momento, a equipe da Psicologia foi protagonista, se fazendo presente e colaborando em todo o processo.

Para compreender o movimento da subjetividade da pessoa que esteve internada na UTI em decorrência da COVID-19 é necessário salientar que os participantes dessa pesquisa são sobreviventes do mês mais letal da pandemia de coronavírus no Brasil. De acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde, apenas no mês de abril de 2021, 82.266 pessoas vieram ao óbito. Mundialmente, o Brasil ocupou a segunda posição entre os países com mais mortes pela pandemia, atrás apenas dos EUA. Estes dados materializam a tensão vivenciada pelos participantes Luís, Vitor e seus familiares, bem como por milhares de brasileiros neste período marcante da história da sociedade moderna.

O processo de construção da informação relacionou as principais configurações subjetivas, assim, focalizando o movimento da subjetividade compreendemos a necessidade de identificar os recursos subjetivos das pessoas hospitalizadas na UTI-COVID para proporcionar condições para que sejam cuidados de acordo com seus valores e necessidades. Estar na condição de sujeito, tencionando as subjetividades social e individual é o que permite mobilizar sentidos subjetivos para avançarmos em relação a

uma saúde que historicamente é limitante e castradora. Por isso, o emergir do sujeito é parte essencial da mudança de configurações subjetivas hegemônicas no contexto da saúde.

A preparação do paciente para intubação quando possível é fundamental, já que o diálogo pode abrir novos caminhos de subjetivação, oportunizando ao paciente que se apresente como protagonista neste processo. Além disso, essa preparação ganha um importante significado diante da iminência da morte, trazendo possibilidade de elaboração de novos sentidos subjetivos, sejam eles em relação a esperança de recuperação e sobrevivência ou em relação ao enfrentamento da vivência de sua própria morte.

As informações construídas nesta pesquisa apontam para indicadores de que a inserção da família na rotina de cuidados da pessoa gravemente acometida pela COVID-19, quando possível, torna-se uma maneira significativa e poderosa de reafirmar os laços familiares, tão importantes e estruturantes para pessoa hospitalizada. Além disso, a participação ativa da família no processo torna-se uma forma de resgatar a dignidade da vida do indivíduo.

No que tange a experiência dos familiares dos pacientes aprendemos que o processo de adoecimento e internação em UTI, requer conhecimento sobre as condições de vida dos pacientes e seus familiares, sobretudo no que tange as relações interpessoais entre os seus membros, observando quem assumirá a frente de comunicação com a equipe de profissionais. Esse processo se constitui em espaço para interlocução, gerando possibilidades para os confrontos entre as crenças, preconceitos, concepções sobre a COVID-19 que estavam presentes na subjetividade social dos participantes, sobretudo no que se refere a finitude da vida de entes queridos.

O trabalho da Psicologia na UTI-COVID se caracteriza como promoção de saúde, processo este que destaca a subjetividade como produção cultural e historicamente situada como caminho para a compreensão do processo saúde-adoecimento, além de representar uma alternativa teórica frente ao individualismo naturalizado que caracteriza o crescente processo de despersonalização, medicalização e patologização que definem as práticas assistenciais hegemônicas no campo da saúde (GONZÁLEZ REY, 2015). Desta forma, o transcurso desta pesquisa demonstrou que ações de cuidado no contexto da saúde só fazem sentido e se tornam potentes quando as pessoas, sejam os pacientes e/ou seus familiares, se tornam sujeitos deste processo, afinal, sem sujeitos ativos e subversivos não há mudança.

A inserção ativa das psicólogas na rotina de cuidados da UTI-COVID possibilitou que o diálogo avançasse para além da troca de informação entre pessoas, proporcionando condições para que os indivíduos envolvidos expressassem os seus sentimentos, posicionamentos, dúvidas e experiências, colaborando para que o ambiente da UTI fosse menos inóspito, e sobre isto, vale salientar que a escuta qualificada promovida proporcionou as participantes desenvolverem-se como agentes ao longo do processo.

Merece aprofundamento a vivência da pessoa submetida à sedação contínua, sobre essa temática, há um longo e necessário percurso para avançarmos na compreensão deste complexo fenômeno e para isso, a Teoria da Subjetividade apresenta valor heurístico na construção deste conhecimento. Além disso, novas pesquisas se fazem necessária para avaliar e apontar caminhos para o processo de reabilitação de pessoas sobreviventes da pandemia de COVID-19, compreendendo-o para além do aspecto físico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011.

ALVES, Railda et al. Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 2, p. 545-555, 2017.

ARIÈS, Philippe. **A história da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. COVID-19: pesquisa 2020 e 2021. Disponível em: <https://www.amib.org.br/covid-19/>. Acesso em: 21 de dez de 2021.

AZOULAI, E.; RANDALL CURTIS, J.; KENTISH-BARNES, N. Tem reasons for focusing on the care we provide for Family members of critically ill patients with COVID-19. **Intensive Care Med**. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06319-5>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº218 de 06 de março de 1997**. Acesso em: 20 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações às/aos psicólogos/os hospitalares**. Brasília, 2020. Acesso em: 31 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Procedimento operacional padrão (pop) cuidados pós-óbito de pessoas com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus**. Boletim de Serviço nº 227 publicado em 04 de agosto de 2020. Acesso em: 13 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Carta de Serviços ao Usuário do Hospital Universitário da UFGD**, 2018. Acesso em: 06 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19**. Brasília, 2020. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília, 2017. Acesso em: 25 janeiro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 2012.

CARVALHO, Denis Barros de. Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 350-365, 2013.

CASTELO BRANCO, A. B. A.; ARRUDA, C. D. S. A. Atendimento psicológico de pacientes com COVID-19 em desmame ventilatório: proposta de protocolo. **Rev. Augustus**. Rio de Janeiro v.25 n. 51 p. 335-356. jul./out. 2020.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3893-3900, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) nos serviços hospitalares do SUS**. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – Crepop. Brasil, 2019

COSTA, J. B. Internação em UTI: repercussões psicológicas e experiências vividas pelos pacientes. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, 2009.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. Arquitetura hospitalar: história, evolução e novas visões. **Revista Sustinere**, v. 2, n. 2, p. 57-64, 2014.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº71, de 08 de novembro de 1995. Acesso em: 03 de março de 2020. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/cremesp>

DINGLAS, V.D.; CHESSARE, C.M.; DAVIS, W.E. et al. Perspectives of survivors, families and researchers on key outcomes for research in acute respiratory failure. **Rev. Thorax**. Vol 73. 7-12. 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Regimento interno da EBSERH. EBSERH. 3ª revisão. Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 maio de 2016. Acesso em: 21 de jan. 2022.

FENG, Y.; LING, Y.; BAI, T. et al. COVID-19 with different severity: a multi-center study of clinical features. **Rev. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**. Volume 201 Number 11; June 1. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.202002-0445OC>

GARCÍA, Lúcio. (1981). La psicología de la salud en Cuba: situación actual y perspectivas. In: Pontificia Universidade Católica de São Paulo (Org.), In: **Psicologia: reflexões sobre a prática da psicologia** (Cadernos PUC 11). São Paulo: EDUC/Cortez.

GOMES, R. M. Determinação social do processo saúde-doença: alguns elementos conceituais. In: **Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença**. Editora Phillos. Goiania-GO, 2017.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Sujetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. Editora Cortez. São Paulo, 2011.

_____. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva Construtivo-interpretativa. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**. V. 20 n.02. Brasília, 2010.

_____. A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In: **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar**. Brasília: Uniceub, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n2/v30n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 de set. 2020.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. A new path for the discussion of social representations: Advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. **Theory & Psychology**, v. 25, n. 4, p. 494-512, 2015.

_____. Methodological and epistemological demands in advancing the study of subjectivity from a cultural-historical standpoint. **Culture & Psychology**. 2019. Disponível em: <<https://fernandogonzalezrey.com/images/Gonzlez-Rey---Methodological-and-Epistemological-Demands-in-advancing-the-study-of-subjectivity.pdf>>. Acesso em: 23 de out. 2020.

_____. **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Thomson, 2005.

GONZALEZ REY, L.F.; GOULART, D.M.; BEZERRA, M.S. Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional da psicologia. **Rev. Educação**. V.39. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.fernandogonzalezrey.com/images/PDFs/producao_biblio/fernando/artigos/teoria_da_subjetividade/Ao-profissional-e-subjetividade-para-alm-do-conceito.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2020.

GRINCENKOV, Fabiane Rossi. A Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. **Hu Revista**, v. 46, p. 1-2, 2020.

GUEUDEVILLE, Rosângela Martins. Avaliação da comunicação entre a equipe multidisciplinar e do tempo de permanência na uti, após introdução do formulário de objetivos diários. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MALACARNE, Paolo; CORINI, Marzia; PETRI, Debora. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. **American journal of infection control**, v. 39, n. 10, p. 898-900, 2011.

MARTÍNES, Albertina Mitjás. Epistemologia Qualitativa: dificuldades, equívocos e contribuições para outras formas de pesquisa qualitativa. In: **Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade Discussões sobre Educação e Saúde**. Editora Edufu. 2019.

MARTÍNEZ, Albertina Mitjás; GOULART, Daniel Magalhães; TACCA, Maria Carmen.V.R; MORI, Valéria D. Teoria da subjetividade contribuições em diferentes

campos e contextos. In: **Teoria da subjetividade: discussões teóricas, metodológicas e implicações na prática profissional**. Campinas-SP: Editora Alínea. 2020.

MARTINÉZ, Albertina Mitjás; REY, Fernando González. **Psicologia, educação e aprendizagem escolar**. Cortez Editora, 2017.

MATARAZZO, Joseph. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. **Revista American Psychologist**, v. 35, n. 09, p. 807-817.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 17 n. 08. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>

MORI, Valéria D. A prática e a pesquisa com base na Teoria da Subjetividade. In: **Teoria da subjetividade: discussões teóricas, metodológicas e implicações na prática profissional**. Campinas-SP: Editora Alínea. 2020.

ORNEL, Felipe; SCHURCH, Jaqueline Bohrer; SORDI, Anne Orgler; KESSLER, Felix Henrique Paim. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista Debates em Psychiatry**. Abril, 2020.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC**. vol. IX, n. 17. Brasil, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/420/42023679002.pdf>

RAMOS, Fernando José da Silva et al. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, p. 339-346, 2014.

ROSSANTO, Maristela; MARTINS, Luiz Roberto Rodrigues; MARTÍNEZ, Albertina Mitjás. A construção do cenário social da pesquisa no contexto da Epistemologia Qualitativa. In: **Subjetividade Contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas**. Campinas-SP: Editora Alínea. 2014.

ROSSATO, Maristela; MARTÍNEZ, Albertina Mitjás. A metodologia construtiva-interpretativa como expressão da Epistemologia Qualitativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. **CIAIQ 2017**, v. 1, 2017.

ROSSATO, Maristela; MITJÁS MARTÍNEZ, Albertina. **Contribuições da metodologia construtiva-interpretativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade**. 2018.

SACRAMENTO, Leonardo Majdalani et al. Elaboração de um procedimento assistencial, em psicologia hospitalar, no contexto da pandemia do COVID 19. **Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 69-74, 2021.

SANTOS, Geandra Cláudia Silva. Expressões da subjetividade social na experiência docente e a educação de alunas com deficiência. In: **Teoria da subjetividade: discussões teóricas, metodológicas e implicações na prática profissional**. Campinas-SP: Editora Alínea. 2020.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

SAPETA, Paula. Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. **Dor** [Internet], v. 15, p. 16-21, 2007.

SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (campinas)**, v. 37, 2020.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 50-55, 2005.

SERAFIM, Roseana Sá; DO BÚ, Emerson; NUNES, Aline Lima. Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao Covid-19. **Revista Saúde & ciência Online**, v. 9, n. 1, 2020.

SILVA, Cláudia Lopes. **Concepção histórico-cultural do cérebro na obra de Vigotski**. São Paulo, 2012 (Tese).

SILVA, Rudval Souza da et al. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 206-213, 2018.

SILVA, Simone Costa. **Percepções reais e ilusórias de pacientes após coma induzido: subsídios da literatura na perspectiva da elaboração de instrumento de avaliação**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, Elias Caires; TORRES, José Fernando P. A Teoria da Subjetividade e seus conceitos centrais. **Obutchénie: Revista de Didática e Psicologia Pedagógica, Uberlândia**, v. 3, n. 1, p. 34-57, 2019.

SOUZA, Livia Maria da Silva et al. Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

VERESOV, Nikolai. Subjectivity and perezhivanie: Empirical and methodological challenges and opportunities. **Subjectivity within cultural-historical Approach**, p. 61-83, 2019.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. Princípios de enseñanza baseados em la psicologia. In: _____. **Obras escogidas**. Vol I, Madri, 1991.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. Manuscrito de 1929. **Educação & Sociedade**, nº71, 2000.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. A psiqui, a consciência, o inconsciente. In: _____ **Teoria e Método em Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

XIANG, Y.T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **Lancet Psychiatry**. 7:228-9. 2020.

WERNECK, Guilherme Loureiro. **Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil**. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ. Junho, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Más que palabras: marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1**. Geneva: WHO; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report – 78**. Geneva: WHO; 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **SUBJETIVIDADE E COVID-19: A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI EM TEMPOS DE PANDEMIA** de responsabilidade da pesquisadora Francielle Marques de Lima, sob a orientação da pesquisadora Alexandra Ayach Anache. Este estudo tem como objetivos: Compreender a Teoria da Subjetividade para orientar o trabalho do psicólogo (a) no cuidado de pessoas com COVID-19 durante a internação na UTI; Compreender os impactos do adoecimento por COVID-19 na subjetividade da pessoa internada na UTI; Caracterizar o trabalho do psicólogo desenvolvido em uma UTI destinada ao atendimento de pacientes com COVID-19; Construir um guia com diretrizes para orientação do cuidado psicológico em unidades de terapia intensiva durante um período pandêmico.

A sua participação se dará por meio de dinâmicas conversacionais individuais presencialmente ou online através de chamadas de vídeo pelo aplicativo de celular WhatsApp. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la (o), mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados por meio de artigos ou eventos científicos. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Todo o material utilizado para a realização da pesquisa será custeado pela pesquisadora.

Você pode optar por não participar da pesquisa, assim como pode desistir da sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todos os encontros serão gravados, transcritos e depois analisados. A gravação e os arquivos serão utilizados exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas.

Aceito a gravação da entrevista: () SIM () NÃO

Rubrica do (a) participante

Rubrica da pesquisadora

Os dados provenientes da sua participação ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa, Francielle Marques de Lima. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode falar comigo através do telefone (67) 99124-2584 ou pelo e-mail: francielle.marques@hotmail.com. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos fale com o Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone: 3345-7187 ou no endereço: Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” - 1º andar, CEP 7907090, Campo Grande-MS e mail: cepconep.propp@ufms.br; atendimento ao público: 07h30min-11h30min no período matutino e das 13h30min às 17h30min no período vespertino.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis lembranças ruins que podem acontecer durante as conversas, podendo gerar desconforto, tristeza e choro. Neste caso, você será acolhida (o) pela pesquisadora, que garante o acompanhamento psicológico em caso de risco decorrente e o suporte necessário para o seu cuidado. Além disso, irei acompanhar você até que as demandas geradas pela participação sejam sanadas.

Os resultados serão apresentados a você, mediante um relatório final e de um folheto explicativo dos resultados encontrados.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntária na participação deste estudo.

Dourados/MS, _____ de _____ de 2022.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PARA O FAMILIAR DO PARTICIPANTE**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **SUBJETIVIDADE E COVID-19: A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI EM TEMPOS DE PANDEMIA** de responsabilidade da pesquisadora Francielle Marques de Lima, sob a orientação da pesquisadora Alexandra Ayach Anache. Este estudo tem como objetivos: Compreender a Teoria da Subjetividade para orientar o trabalho do psicólogo (a) no cuidado de pessoas com COVID-19 durante a internação na UTI; Compreender os impactos do adoecimento por COVID-19 na subjetividade da pessoa internada na UTI; Caracterizar o trabalho do psicólogo desenvolvido em uma UTI destinada ao atendimento de pacientes com COVID-19; Construir um guia com diretrizes para orientação do cuidado psicológico em unidades de terapia intensiva durante um período pandêmico.

A sua participação se dará por meio de dinâmicas conversacionais individuais presencialmente ou online através de chamadas de vídeo pelo aplicativo de celular whatsapp. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la (o), mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados por meio de artigos ou eventos científicos. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Todo o material utilizado para a realização da pesquisa será custeado pela pesquisadora.

Você pode optar por não participar da pesquisa, assim como pode desistir da sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todos os encontros serão gravados, transcritos e depois analisados. A gravação e os arquivos serão utilizados exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas.

Aceito a gravação da entrevista: () SIM () NÃO

Rubrica do (a) participante

Rubrica da pesquisadora

Os dados provenientes da sua participação ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa, Francielle Marques de Lima. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode falar comigo através do telefone (67) 99124-2584 ou pelo e-mail: francielle.marques@hotmail.com. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos fale com o Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone: 3345-7187 ou no endereço: Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” - 1º andar, CEP 7907090, Campo Grande-MS e mail: cepconep.propp@ufms.br; atendimento ao público: 07h30min-11h30min no período matutino e das 13h30min às 17h30min no período vespertino.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis lembranças ruins que podem acontecer durante as conversas, podendo gerar desconforto, tristeza e choro. Neste caso, você será acolhida (o) pela pesquisadora, que garante o acompanhamento psicológico em caso de risco decorrente e o suporte necessário para o seu cuidado. Além disso, irei acompanhar você até que as demandas geradas pela participação sejam sanadas.

Os resultados serão apresentados a você, mediante um relatório final e de um folheto explicativo dos resultados encontrados.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntária na participação deste estudo.

Dourados/MS, _____ de _____ de 2022.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA A PSICÓLOGA

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **SUBJETIVIDADE E COVID-19: A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI EM TEMPOS DE PANDEMIA** de responsabilidade da pesquisadora Francielle Marques de Lima, sob a orientação da pesquisadora Alexandra Ayach Anache. Este estudo tem como objetivos: Compreender a Teoria da Subjetividade para orientar o trabalho do psicólogo (a) no cuidado de pessoas com COVID-19 durante a internação na UTI; Compreender os impactos do adoecimento por COVID-19 na subjetividade da pessoa internada na UTI; Caracterizar o trabalho do psicólogo desenvolvido em uma UTI destinada ao atendimento de pacientes com COVID-19; Construir um guia com diretrizes para orientação do cuidado psicológico em unidades de terapia intensiva durante um período pandêmico.

A sua participação se dará por meio de dinâmicas conversacionais individuais presencialmente ou online através de chamadas de vídeo pelo aplicativo de celular whatsapp. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la (o), mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados por meio de artigos ou eventos científicos.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Todo o material utilizado para a realização da pesquisa será custeado pela pesquisadora. Você pode optar por não participar da pesquisa, assim como pode desistir da sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todos os encontros serão gravados, transcritos e depois analisados. A gravação e os arquivos serão utilizados exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas.

Aceito a gravação da entrevista: () SIM () NÃO

Rubrica do (a) participante

Rubrica da pesquisadora

Os dados provenientes da sua participação ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa, Francielle Marques de Lima. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode falar comigo através do telefone (67) 99124-2584 ou pelo e-mail: francielle.marques@hotmail.com. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos fale com o Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone: 3345-7187 ou no endereço: Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” - 1º andar, CEP 7907090, Campo Grande-MS e mail: cepconep.propp@ufms.br; atendimento ao público: 07h30min-11h30min no período matutino e das 13h30min às 17h30min no período vespertino.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis lembranças ruins que podem acontecer durante as conversas, podendo gerar desconforto, tristeza e choro. Neste caso, você será acolhida (o) pela pesquisadora, que garante o acompanhamento psicológico em caso de risco decorrente e o suporte necessário para o seu cuidado. Além disso, irei acompanhar você até que as demandas geradas pela participação sejam sanadas.

Os resultados serão apresentados a você, mediante um relatório final e de um folheto explicativo dos resultados encontrados.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntária na participação deste estudo.

Dourados/MS, _____ de _____ de 2022.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da participante

APÊNDICE D – ENTREVISTAS

Entrevista com o paciente:

- Conte-me como foi a sua internação na UTI para o tratamento do Coronavírus?
- O que mais marcou-te durante o tratamento na UTI?
- Quais eram os seus principais pensamentos enquanto esteve na UTI?

Entrevista com a família:

- Conte-me sobre a sua vivência enquanto familiar de alguém internado em uma UTI para o tratamento do coronavírus?
- Quais foram as maiores dificuldades?
- Você consegue identificar o que mais trouxe sofrimento a você durante este período?

Entrevista com a psicóloga hospitalar:

- Caracterize o seu trabalho, enquanto psicóloga hospitalar de uma UTI para tratamento de pacientes com COVID-19.
- Quais são seus maiores desafios?
- Qual sua principal tarefa?
- Qual você pensa ser a maior contribuição da Psicologia durante o tratamento do paciente com COVID-19?

APÊNDICE E: COMPLEMENTO DE FRASES

Responda as questões com as palavras ou frases com o primeiro pensamento que surgir.

Com frequência sinto...

Meu maior prazer...

Minha família...

O isolamento...

Minha vida após o COVID...

Minha preocupação principal é...

Meu maior problema é...

Eu gosto...

Me faz chorar...

Fico muito feliz...

Eu fico triste...

Tenho medo...

Não gosto...

Minha maior dificuldade...

Esforço-me diariamente...

Não posso...

Gostaria...

Quando estou sozinho (a)...

Meu maior temor...

Queria saber...

Quando estive na UTL...

Quando estou/estiver em casa...

Meu passado...

Meu futuro...

A morte...

Estou melhor quando...

APÊNDICE F: ATIVIDADE COM FIGURAS

Imagem 1: Leito de UTI vazio



Fonte: Google Imagens

Imagem 2: Equipe de saúde



Fonte: Google Imagens

Imagem 3: Pessoa fazendo teste respiratório



Fonte: Google Imagens

Imagem 4: Uma família



Fonte: Google Imagens

Imagem 5: Profissionais caminhando



Fonte: Google Imagens

Imagem 6: Pessoa recebendo injeção



Fonte: Google Imagens

Imagem 7: Profissional tocando a mão do paciente



Fonte: Google Imagens

Imagem 8: Pessoa com suporte ventilatório



Fonte: Google Imagens

Imagem 9: Pessoa com a mão nos olhos



Fonte: Google Imagens

Imagem 10: Enterro de uma pessoa



Fonte: Google Imagens

APÊNDICE G - Dados das atividades de Luís

- **Complemento de frases**

Responda as questões com as palavras ou frases com o primeiro pensamento que surgir.

1. **Com frequência sinto** uma força dentro de mim
2. **Meu maior prazer** estar com minha família
3. **Minha família** é tudo
4. **O isolamento** é muito triste
5. **Minha vida após o COVID** me deixou mais forte
6. **Minha preocupação principal** é perder a minha família
7. **Meu maior problema** é os meus pensamentos
8. **Eu gosto** de estar ao lado de pessoas que eu amo
9. **Me faz chorar** quando lembro de tudo que passou na minha vida
10. **Fico muito feliz** quando estou junto com a minha família
11. **Eu fico triste** quando estou longe deles
12. **Tenho medo** de passar tudo de novo o que eu passei
13. **Não gosto** de pessoas falsas
14. **Minha maior dificuldade** é as vezes controlar a minha emoção
15. **Esforço-me diariamente** pra voltar o Luís que eu era antes
16. **Não posso** errar mais na vida
17. **Gostaria** de ser feliz
18. **Quando estou sozinho** penso nas coisas que eu passei e me deixam muito triste
19. **Meu maior temor** é ficar longe da presença de Deus
20. **Queria saber** se um dia tudo vai voltar como era antes
21. **Quando estive na UTI** foi motivo de muito sofrimento
22. **Quando estou em casa** me sinto em paz
23. **Meu passado** não foi bom
24. **Meu futuro** vai ser muito melhor que meu passado
25. **A morte** não tenho mais medo da morte!
26. **Estou melhor quando** eu estou ao lado de pessoas que eu amo

- **Atividade com figuras**

1. Pessoa recebendo vacina



Luís: é uma forma de proteção. Eu sentia que com a vacina, não que a gente não iria mais ter COVID, né? Mas é uma forma de que a gente tivesse uma proteção. Mesmo que pegasse novamente, **eu não ia passar tudo aquilo que eu passei.**

2. Equipe de saúde da linha de frente



Aqui, como eu te disse, essa turma (chora). Sempre que eu lembro eu me emociono. São pessoas que não nos conhece mas que doou a sua vida pela vida da gente. Então esse amor que vocês têm com cada uma das pessoas que eu vi passar na UTI, não foi só comigo, né? Eu vi várias pessoas que o tratamento era o mesmo. Então esse amor, esse carinho que vocês têm com a gente é fora do padrão.

3. Família



Eu deixei aqui não por último esse aqui pra mim ir em primeiro lugar.

APÊNDICE H - Dados das atividades de Vitor

- **Complemento de frases**

Responda as questões com as palavras ou frases com o primeiro pensamento que surgir.

- 01. Com frequência sinto** cansaço
- 02. Meu maior prazer** família
- 03. Minha família** tudo
- 04. O isolamento** sofrido
- 05. Minha vida após o COVID** voltou a pouco
- 06. Minha preocupação principal** minha família
- 07. Meu maior problema é** se eu não pudesse estar aqui
- 08. Eu gosto** de tudo um pouco
- 09. Me faz chorar** ver minha família triste
- 10. Eu fico triste** ver minha família chorar
- 11. Tenho medo** de não poder estar para proteger minha família
- 12. Gostaria** que meu pai estivesse aqui. Meu pai é falecido
- 13. Meu maior temor** tudo que envolve temor tem a ver com minha família. Agora meu medo é não poder proteger, não estar com minha família. Igual no hospital, eu pensava minha filhinha com dez meses né. Eu falava assim, meu Deus, se chega acontecer alguma coisa comigo, minha filha não vai nem lembrar de mim. Tanto é que quando eu cheguei em casa, ela ficou quase um mês pra me reconhecer, porque eu tava bem magro né, perdi mais de vinte quilos. Tudo que envolve meu medo, é muito família né.
- 14. Quando estive na UTI** sofri bastante
- 15. Meu passado** meu passado? Meu passado, meu passado... a única coisa que vem também é meu pai. Saudade faz eu lembrar do meu pai
- 16. Meu futuro** meu passado foi meu pai, meu futuro são meus filhos. Que dá força pra continuar
- 17. A morte** quase conheci
- 18. Estou melhor quando** quando estou com minha família

- **Atividade com figuras**

1. Família



Essa aqui, porque tem uma foto da minha família bem parecida. Eu ficava olhando, porque ela estava pregada lá no vidro. Eu via.

2. Pessoa recebendo injeção de ânimo



Isso aqui foi daquele sonho que te falei. Que eu tenho pra mim que aquilo ali, no meu psicológico, foi uma injeção de ânimo que ele me deu. Então, isso aqui ficou bem forte pra mim. Foi muito real pra mim.

3. Profissionais de saúde



Essa aqui porque eu lembrei, quando eu falei pra você que eu estava deitado no chão e eu senti vontade de puxar para acabar. Porque chegou uma hora ali, que eu cheguei a pensar que era melhor ter morrido, **morrer do que continuar com aquele sofrimento** e mais uma vez apareceu os enfermeiros, os médicos e não deixou e acabou me socorrendo.

APÊNDICE I - Dados das atividades de Thomas

- **Atividade com figuras**

1. Profissional segurando a mão do paciente



A primeira, que mostra o cuidado que tiveram com o meu pai.

2. Uma família



A segunda, da união da nossa família. A gente pode estar todos juntos de novo (se emociona).

3. Pessoa sendo vacinada



A terceira, é a esperança, né? para que outras pessoas não precisem passar pelo que a gente passou.

APÊNDICE J - Dados das atividades de Laura

- **Atividade com figuras**

1. Pessoa na UTI



Essa aqui foi na fase que ele estava muito ruim, que ele estava aqui no hospital. Foi uma fase que essa imagem dá muito sofrimento, faz eu lembrar de tudo que ele passou, que **ele sofreu**, que **eu vi** e que não foi fácil.

2. Equipe de saúde



Essa, sem esse pessoal todo não teria acontecido o que aconteceu. Eu não tenho o que reclamar do pessoal da UTI, nossa, eles sempre ali ajudando e cuidando. Eu via que eles estavam cuidando. Então eles foram muito importantes também pra essa recuperação.

3. Uma família



E aqui eu imagino que seja a nossa família. Eu, ele, as crianças, a mãe dele, a minha mãe, meu irmão, minha irmã, sempre ali. Acho que se não fossem eles, eu não sei.