

**A experiência da sepse e a qualidade de vida relacionada à saúde**

**The experience of sepsis and the health-related quality of life**

**La experiencia de la sepsis y la calidad de vida relacionada con la salud**

Recebido: 03/08/2019 | Revisado: 04/08/2019 | Aceito: 11/08/2019 | Publicado: 24/08/2019

**Matheus Rozário Matioli**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8286-9310>

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Brasil

E-mail: [mmatioli@unaerp.br](mailto:mmatioli@unaerp.br)

**Helena Megumi Sonobe**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3722-0835>

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Brasil

E-mail: [megumi@eerp.usp.br](mailto:megumi@eerp.usp.br)

**Sílvia Sato**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1322-1625>

Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), Brasil

E-mail: [silviasatorp@gmail.com](mailto:silviasatorp@gmail.com)

**Angelita Maria Stabile**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3371-7038>

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Brasil

E-mail: [angelita@eerp.usp.br](mailto:angelita@eerp.usp.br)

**Resumo**

A sepse é uma complicação infecciosa de alta gravidade, com potencial de evolução para óbito, tanto durante a internação, quanto após a alta hospitalar. Nos sobreviventes, observam-se, perdas nos aspectos físicos e cognitivos, que afetam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. O objetivo deste estudo de desenho misto foi avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de sobreviventes de sepse, após a alta hospitalar, por meio do Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (Versão dois) e analisar as suas experiências singulares por meio de entrevistas para ampliar a compreensão da equipe de saúde multidisciplinar. Participaram quatro indivíduos, sendo observada mediana e baixa Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, em cuja análise dos dados qualitativos, segundo o referencial da psicanálise, houve notadamente a polarização dos aspectos do corpo e do adoecimento.

**Palavras-chave:** Sepsis; Qualidade de Vida; Psicanálise.

### **Abstract**

Sepsis is an infectious complication of high severity, with potential for evolution to death, both during hospitalization and after discharge. In survivors, are observed, losses in physical and cognitive aspects that affect Health-Related Quality of Life. The objective of this joint design study was to evaluate the Health-Related Quality of Life to sepsis survivors after hospital discharge, through the Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (Version two) and analyze their unique experiences through interviews to broaden the understanding of the multidisciplinary health team. Participated four individuals, and observed median and low Health-Related Quality of Life, whose analysis of qualitative data, according to the framework of psychoanalysis, was notably the polarization of the aspects of the body and illness.

**Keywords:** Sepsis; Quality of Life; Psychoanalysis.

### **Resumen**

La sepsis es una complicación infecciosa de alta gravedad, con potencial de muerte, tanto durante la hospitalización como después de la alta hospitalaria. Las pérdidas en los aspectos físicos y cognitivos que afectan la calidad de vida relacionada con la salud se observan en los sobrevivientes. El objetivo de este estudio de diseño mixto fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de sepsis después de la alta hospitalaria, a través del *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (Versión dos) y analizar sus experiencias únicas a través de entrevistas para ampliar la comprensión del equipo de salud multidisciplinario. Participaron cuatro individuos, siendo la mediana y baja calidad de vida relacionada con la salud, en cuyo análisis de datos cualitativos, de acuerdo con el marco del psicoanálisis, se observó notablemente la polarización de los aspectos del cuerpo y la enfermedad.

**Palabras clave:** Sepsis; Calidad de Vida; Psicoanálisis.

### **1. Introdução**

A sepsis, do ponto de vista clínico e da saúde pública, é uma condição extremamente importante dentre as complicações infecciosas da contemporaneidade, tanto pelo número de casos, quanto pela gravidade e pelo potencial de evolução para óbito (Siqueira-Batista et al.,

2012). Acredita-se que 18 milhões de casos ocorram anualmente no mundo (Jaimes, 2005) sendo que a cada quatro pessoas diagnosticadas com sepse, uma não sobrevive (Dellinger et al., 2013).

Apesar de todas as medidas adotadas e dos avanços tecnológicos, a mortalidade por sepse é de aproximadamente 30 a 50 casos para cada 100.000 habitantes/ano, sem distinção de faixa etária, tanto em comunidades ou ambientes hospitalares, destacando-se dentre as dez maiores causas de morte no mundo e como a primeira em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Lever & Mackenzie, 2007; Martin, Mannino, Eaton, & Moss, 2003). O Estudo Brasileiro de Epidemiologia da Sepse (BASES, *Brazilian Sepsis Epidemiological Study*) revelou que a mortalidade dos pacientes com sepse e choque séptico é de 33,9% e 52,2%, respectivamente (Silva et al., 2004).

Embora os resultados do desfecho do quadro clínico em curto prazo, como a mortalidade hospitalar, de extrema importância, não são se tem conseguido avaliar as repercussões da doença crítica e os cuidados intensivos na saúde e no bem estar, após a alta hospitalar. Nos sobreviventes à sepse, a mortalidade permanece elevada no primeiro ano após a alta hospitalar, sendo que o risco aumentado de morte pode persistir por, aproximadamente, cinco anos após a hospitalização (Westphal et al., 2012; Jagodič, Jagodič, & Podbregar, 2006; Davidson, Caldwell, Curtis, Hudson, & Steinberg, 1999). A letalidade a curto e em longo prazo parece estar associada às disfunções orgânicas ocorridas na fase aguda da doença. Essas disfunções também podem gerar comprometimentos crônicos nas capacidades física e mental dos pacientes após a alta hospitalar, afetando a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses indivíduos (Sasse, Nauenberg, & Long, 1995; Westphal et al., 2012).

A QVRS, também nomeada de estado de saúde percebido, é geralmente definida como um construto que engloba vários aspectos da autopercepção de bem estar, que são relacionados ou afetados pela presença de uma doença e do tratamento. Inclui três domínios principais: o físico, que abrange aspectos funcionais e de capacidade para o trabalho; o psicológico, que está relacionado à satisfação, ao bem estar, à autoestima, à ansiedade e à depressão e; o social, que se refere ao trabalho, ao lazer e às interações familiares e/ou sociais (Heyland, Hopman, Coe, Tranmer, & Mccoll, 2000).

A avaliação da QVRS pode ser realizada por meio das abordagens quantitativa ou qualitativa. Em relação à abordagem quantitativa, há o predomínio do uso de escalas e instrumentos, que podem ser genéricos ou específicos. Entre os instrumentos genéricos, ou seja, que podem ser aplicados na população geral, independente da presença de alguma

condição ou doença crônica está o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) (Dessotte, 2010).

O SF-36 é bastante utilizado em diversos estudos para a análise da QVRS em pacientes sobreviventes de sepse grave e choque séptico após a alta hospitalar (Westphal et al., 2012).

Nestes estudos, observou-se diminuição significativa da QVRS, tanto em aspectos físicos, quanto emocionais e conseqüentemente sociais (Heyland et al., 2000; Hofhuis et al., 2008; Westphal et al., 2012). No entanto, há escassez de trabalhos que propusessem a abertura de escuta para estes pacientes, ou seja, que utilizassem entrevista para o aprofundamento destes aspectos mencionados, focalizando a singularidade da experiência vivida por eles.

Os aspectos singulares ultrapassam a observação do corpo biológico, incluindo-se o campo singular da pessoa, explorado pela psicanálise. O intuito é considerar a singularidade corpo e mente, enunciada a partir de um corpo real subjetivado singularmente por aquele que vive a experiência. (Erlich & Alberti, 2008).

Considerando-se a gravidade do quadro de sepse, as sequelas que esses indivíduos podem apresentar, após a alta hospitalar, e as repercussões destas na vida destas pessoas, pergunta-se: Quais são as experiências dos sobreviventes da sepse e como é a QVRS deles?

O objetivo deste estudo foi avaliar a QVRS, por meio do SF-36, de pessoas que receberam alta hospitalar, após um evento de sepse, e analisar as suas experiências singulares meio de entrevistas para ampliar a compreensão da equipe de saúde multidisciplinar na prática clínica.

## **2. Metodologia**

Para o desenvolvimento deste estudo exploratório, foi adotado o delineamento do desenho misto com estratégia de triangulação concomitante.

Segundo Creswell e Clark (2013), a pesquisa de desenho misto se caracteriza pela coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, de forma rigorosa, proporcionando um entendimento mais aprofundado do problema de pesquisa, se comparado à utilização isolada de cada uma destas abordagens.

A estratégia de triangulação concomitante possibilita a coleta simultânea de dados quantitativos e qualitativos para posterior comparação dos dados, determinando possíveis convergências, diferenças ou alguma comparação (Creswell, 2007).

Além disso, o método escolhido foi o estudo de caso, por ser apropriado na investigação detalhada de uma entidade ou de um pequeno número de entidades, favorecendo a análise e a compreensão de importantes questões para sua história, seu desenvolvimento e suas circunstâncias, mediante o reconhecimento de múltiplas perspectivas e flexibilidade em relação à utilização de vários procedimentos para a coleta de dados, em consonância com o desenho misto. Sua grande vantagem é a profundidade que pode ser alcançada quando há um número limitado de entidades investigadas, fornecendo oportunidade de conhecimento íntimo da condição, dos sentimentos, das ações, das intenções e do ambiente da pessoa (Polit & Beck, 2011). Vale ressaltar que não se trata de um caso clínico, mas da análise de entrevistas em torno do tema sepse, circunscrevendo as experiências de cada participante em relação à infecção e às repercussões na QVRS.

Foi utilizada a psicanálise de orientação lacaniana como marco teórico para a análise e interpretação dos resultados qualitativos, possibilitando aprofundar o discurso de cada participante, com apreensão singular da experiência da sepse vivida pelos participantes deste estudo.

## **2.1. Participantes**

Os participantes deste estudo foram pessoas que passaram pelo evento da sepse e que receberam alta de um hospital do interior do Estado de São Paulo no período de seis meses a um ano e meio, de janeiro de 2013 a junho de 2015. Os critérios de seleção dos participantes foram: indivíduos com idade acima de 18 anos, diagnosticados com sepse (CID 10: A41.9), que permaneceram internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do hospital por mais de 24 horas e que residem no município; e que não apresentassem capacidade de expressão verbal comprometida e/ou com prejuízos cognitivos por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Para certificação dos diagnósticos foi realizada revisão dos prontuários dos sobreviventes a um episódio de sepse grave e/ou choque séptico.

## **3. Procedimentos**

Após a certificação do diagnóstico iniciou-se a coleta dos dados com verificação das variáveis clínicas dos possíveis participantes (diagnóstico da internação, diagnóstico da sepse, data do diagnóstico da sepse, tempo de internação no CTI e tempo de internação total).

Em seguida foi realizado contato telefônico e após manifestação do interesse em participar do estudo, foi agendado um encontro no local de escolha da pessoa. Foram explicados detalhadamente os objetivos do estudo ao participante, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente à aplicação do MEEM, foram coletadas as variáveis sociodemográficas e confirmadas as variáveis clínicas (estado civil, idade, coabitação, necessidade de auxílio durante o tratamento de saúde e atualmente, ocorrência de dificuldades para realizar o tratamento de saúde, religião, ocupação, história de patologias crônicas, hábitos de vida, diagnóstico da internação e diagnóstico da sepse), seguido da aplicação do SF-36 e da realização da entrevista semiestruturada. Vale ressaltar que foi utilizada a versão dois do SF-36, validada para o Brasil por Laguardia et al. (2011).

As questões norteadoras para a entrevista foram: Como é sua vida hoje?; Como era sua vida até o momento da infecção?; Como foi quando você teve a infecção?; Como você experimentou a infecção?; Você acha que a infecção afetou sua vida? e; Como você percebe seu estado de saúde atual?. As entrevistas foram gravadas, após a concordância do participante.

Para a análise dos dados quantitativos, as informações foram inseridas no programa Microsoft Excel 2010, com técnica de dupla digitação das respostas e posterior validação da planilha de dados. Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo indutivo proposto por Hesse-Biber e Leavy (2006). Adicionalmente, foram utilizados diários de campo e observações participantes durante as entrevistas. A interpretação dos dados obtidos foi realizada na perspectiva do campo de saber e dos conceitos teóricos da psicanálise. Vale ressaltar que a análise dos dados qualitativos foi feita sob supervisão de uma psicanalista, membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP).

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente, número CAAE: 28152614.5.0000.5393.

#### **4. Resultados e Discussão**

A partir dos critérios de seleção de participantes deste estudo, foram solicitados os prontuários de pessoas que receberam alta após a experiência da sepse no período de junho de 2013 a junho de 2015, com identificação de 50 prontuários. Após a análise e tentativas de

contato com os possíveis participantes foram selecionadas neste estudo quatro pessoas, três mulheres e um homem.

Para a apresentação dos resultados serão utilizados nomes fictícios para cada participante presentificando, com isso, o sujeito da fala.

#### 4.1. Dados Quantitativos

Os resultados obtidos, por cada participante, nos oito domínios do SF-36 serão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1 – Resultados dos oito domínios do SF-36, obtidos pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2016.

<b>Domínios</b>	<b>Maria</b>	<b>Joana</b>	<b>Sofia</b>	<b>Pedro</b>
Capacidade funcional	52,8	44,4	40,2	19,2
Aspectos físicos	52,0	27,5	39,7	17,7
Dor	41,4	50,3	37,2	33,0
Estado geral de saúde	25,8	60,1	49,6	28,1
Vitalidade	52,1	64,6	64,6	30,2
Aspectos sociais	40,5	51,4	35,0	18,7
Aspectos emocionais	44,2	44,2	20,9	9,2
Saúde mental	41,6	50,0	33,1	24,7

Fonte: os autores.

Observam-se valores médios e baixos para a QVRS dos participantes nos oito domínios do SF-36.

Os resultados obtidos, por cada participante, nos componentes físico e mental do SF-36 serão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 2 – Resultados nos componentes físico e mental do SF-36, obtidos pelos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2016.

<b>Componentes</b>	<b>Maria</b>	<b>Joana</b>	<b>Sofia</b>	<b>Pedro</b>
Saúde física	46,2	43,8	47,9	27,8
Saúde mental	41,7	55,2	33,3	20,0

Fonte: os autores.

Observa-se um valor médio e todos os outros baixos nos componentes físico e mental dos participantes nos oito domínios do SF-36.

#### 4.2. Dados Qualitativos

- Maria: é solteira; tem 33 anos; mora com dois filhos; foi acompanhada pela mãe, pelas irmãs e pelo cunhado durante o tratamento de saúde, mas não necessita de ajuda para se cuidar atualmente; relatou não ter tido dificuldades para realizar o tratamento de saúde; é evangélica, desde antes do adoecimento; sempre trabalhou e foi a principal responsável pela renda familiar; não apresenta comorbidades, nunca foi tabagista e/ou etilista; não teve atividades de lazer e não praticava atividade física anteriormente ao adoecimento, mas faz caminhada atualmente; foi internada com o diagnóstico: Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos corpos aórticos e outros paragânglios (CID-10: D44.7) e; sofreu choque séptico pulmonar.

- Joana: é viúva; tem 67 anos; mora com a filha e dois netos; foi acompanhada pela filha e pela neta durante o tratamento de saúde, que também a ajudam a se cuidar em casa; não teve dificuldades para realizar o tratamento de saúde; sempre foi Budista; anteriormente ao adoecimento trabalhava e atualmente está aposentada; sempre foi a principal responsável pela renda familiar; é hipertensa, cardiopata e asmática; anteriormente à doença como atividade de lazer cuidava das plantas, passeava e ia à igreja, sendo que este último mantém até hoje; a caminhada como atividade física foi mantida; nunca foi tabagista e/ou etilista; foi internada com o diagnóstico: Neoplasia maligna da junção retossigmóide (CID-10: C19) e; sofreu sepse pulmonar e sepse grave abdominal.

- Sofia: vive em união consensual; tem 55 anos; mora com o esposo; foi acompanhada pelas filhas durante o tratamento de saúde; seu esposo a ajuda a se cuidar em casa; relatou não ter tido dificuldades para realizar o tratamento de saúde; sempre foi católica; trabalhava antes de ficar doente e está aposentada atualmente; sempre foi a principal responsável pela renda familiar; é hipertensa, cardiopata e dislipidêmica; como atividade de lazer dançava, atualmente vai à aniversários; anteriormente ao adoecimento como atividade física praticava caminhada e frequentava a academia da terceira idade, mas atualmente não pratica; tabagista até antes da doença; foi internada com o diagnóstico: Carcinoma *in situ* da mama, não especificado (CID-10: D05.9) e; sofreu choque séptico pulmonar.

- Pedro: é viúvo; tem 63 anos; mora com a filha, o genro e dois netos; foi acompanhado pela filha, durante o tratamento de saúde, que também o ajuda a se cuidar em casa com o auxílio do genro atualmente; relatou não ter tido dificuldades para realizar o

tratamento de saúde; nunca teve religião; trabalhava antes de ficar doente e atualmente está aposentado; era o principal responsável pela renda familiar antes da doença, atualmente este papel é desempenhado pelo genro; é diabético; sua atividade de lazer era a conversa com amigos; nunca praticou atividade física; foi etilista e tabagista até o adoecimento; foi internado com o diagnóstico: Septicemia não especificada (CID-10: A41.9) e; sofreu sepse pulmonar.

## **5. Discussão e Considerações Finais**

### **5.1. Dados Quantitativos**

Além de se conhecer os valores obtidos pelos participantes nos domínios e componentes do SF-36, é importante verificar as alterações da QVRS dessas pessoas quando comparadas à população em geral. Em um trabalho realizado por Laguardia et al. (2011), para a validação do SF-36 versão dois, no Brasil, foram coletados dados de 12.423 indivíduos e seus cônjuges. Ao comparar as médias nos oito domínios dos participantes do sexo masculino do estudo de Laguardia com este, observou-se que Pedro apresentou pontuações menores em todos os domínios. Os domínios Capacidade funcional, Aspectos físicos, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais e Saúde mental, variaram entre as participantes deste estudo quando comparada à população do sexo feminino, observada por Laguardia.

Além do estudo citado, o qual oferece valores de referência para a QVRS na população brasileira, a literatura nacional e, principalmente a internacional, traz vários estudos que avaliaram a QVRS, especificamente na população de sobreviventes à sepse. Comparando os resultados deste estudo com os trabalhos de Davidson et al. (1999), Heyland et al. (2000), Whestphal et al. (2012) e Nessler et al. (2013), observou-se que Pedro esteve abaixo de todas as médias, e houveram variações entre as mulheres.

Ao comparar os componentes Saúde física e Saúde mental deste trabalho com os estudos citados, Pedro esteve abaixo de todas as médias. No componente Saúde física, as participantes deste trabalho ficaram abaixo da média em relação aos estudos de Laguardia et al. (2011), de Whestphal et al. (2012) e, acima dos de Heyland et al. (2000) e de Nessler et al. (2013). Já no componente Saúde mental, todas ficaram a baixo, com exceção de Joana, que pontuou acima em relação aos estudos de Heyland et al. (2000) e de Nessler et al. (2013).

Observa-se, portanto, grande influência da sepse na QVRS dos sobreviventes.

## 5.2. Dados Qualitativos

- Maria: sua experiência com sepse foi traumática, que pôde ser observado quando disse “não saber” e “não se lembrar”. Ao acordar no CTI, no momento em que recobrou a consciência, necessitou de referências para localizar onde estava, relatado por “escrito do armário” e em “sua vizinha”, que trabalhava no CTI, funções desempenhadas pelo simbólico e pela fantasia, ou seja, que permitem uma construção da realidade.

Esta tentativa também retornou no sonho, meses após a alta hospitalar, no qual “estava em um quarto escuro com apenas uma luz”. Este sonho foi uma tentativa de elaboração de algo que ficou sem saber, ou seja, dar sentido ao que não sabia ou que não se lembrava. Sua irmã fez isso ao interpretar que “deveria ser o quarto no qual ficou entubada”, mas Maria não aceitou, pois até aquele momento, parecia não saber disso.

A repetição do “som do carrinho”, que Maria recordou no mesmo momento em que relatou o sonho, também pareceu um referência ao que ficou por saber. Pelo seu dito, o som pareceu ter sido escutado enquanto ainda estava sedada. Todas estas referências a situavam em um mesmo local, mas não permitiram saber o que estava acontecendo.

A “descoberta” se deu, ou seja, a sepse só pôde ser nomeada quando Maria recebeu o laudo e “foi pesquisar”, posição distinta do momento em que percebeu o “caroço” no pescoço e “não deu atenção”. Pôde retomar, também, a objeção feita por sua mãe sobre o diagnóstico “pneumonia”, podendo interpretar algo que aconteceu durante o período no hospital, mas que “ninguém falava para ela”. Tentativas de dar sentido ao que ficou e, em alguma medida, se manteve sem sentido, resultando em uma experiência traumática.

Em sua fala pôde-se localizar o primeiro tempo do trauma, do não saber: ter tido sepse, ter sido entubada, ficou sem saber e, o segundo tempo, que caracteriza o trauma: “me incomodou não saber, no hospital, que eu tinha infecção, eu aguentaria saber”.

Ao falar dessa experiência, concluiu que “saiu bem da situação”, pois chegou a pensar que “não iria resistir”, e que para ela, teve o sentido de “uma nova chance”. Diante desse encontro com o real da morte, Maria retomou suas referências e suas crenças, com base religiosa, aquilo que dá sentido à sua vida. É através da subjetivação da realidade perdida, ou seja, da fantasia, que seu desejo, pautado na crença religiosa, é investido na construção de uma realidade, para dar sentido ao que lhe escapou diante da falha no saber.

Como efeito da experiência da sepse, Maria percebeu uma modificação em sua posição subjetiva, já que percebe que “fica nervosa com mais facilidade” e que sua saúde está “debilitada”. Apesar de ter dito que “foi superado”, falou que ficou “agitada” com o convite

para o estudo, indicando que algo ainda a afeta, assim como ficou “mais sensível”, a ponto de alterar seu sono. Essa alteração é o que se pode chamar sintoma, algo que afeta o corpo em suas funções, sem que se tenha consciência do que causa essa alteração. No caso de Maria, ela articula ao seu estado pós-experiência da sepse, a internação, o adoecimento e o trauma, que é revela que algo se mantém como um resto não tratado.

Apesar dos efeitos que se mantém, afirmou que sua qualidade de vida é boa e acrescentou que modificou sua posição em relação à saúde, que passou a cuidar, não só pelos seus efeitos no corpo e lembra o que seu médico disse: “se tivesse ido do comecinho, não teria chegado ao estágio da cirurgia”. E finalizou: “a infecção hospitalar mexeu mais comigo do que o tumor”.

Maria falou disso ao mesmo tempo em que falou de si. Em sua fala é possível verificar uma separação entre o corpo cuidado pelos profissionais de saúde, o corpo que tem, e o corpo definido pelo modo como experimentou subjetivamente a sepse, como um corpo afetado em seu modo de satisfação pulsional.

O modo como se viu ser tratada, como um corpo em detrimento do sujeito, no momento da sepse, que a fez se perguntar quando descobriu o que teve, “por que não me disseram?”. Esse foi o ponto traumático que ainda lhe causa mal estar e que sugere a causa de sua agitação, quando soube que falaria novamente deste acontecimento. Pode-se dizer que esse ponto traumático está articulado as formações sintomáticas do nervoso e da perturbação do sono que mencionou.

Em seu discurso pôde-se localizar a noção de que não se é um corpo, mas o tem. No momento em que cuidaram de seu corpo, não lhe falaram o que estava acontecendo, portanto é o corpo, o objeto de cuidado e não o sujeito.

- Joana: foram realizadas duas entrevistas com Joana, sendo que enfatizou o corpo e o adoecimento: câncer no intestino, três cirurgias, sepse e “problema” no fígado. Joana se apoia no discurso religioso, sugerindo um apego importante na crença em Deus, como orientador do seu modo de ver os acontecimentos da vida. Em relação ao corpo, toma-o como a si mesma, assim como precisa “determinar”, ou seja, precisa funcionar, mas caso não funcione, que ela possa servir-se do que tem para seguir incentivada: “se cortar um braço, você tem o outro, se cortar uma perna, você tem a outra”.

Disse do seu apego ao Outro, ao localizar, com precisão, as datas dos acontecimentos e os nomes dos profissionais que a acompanharam. A debilidade do corpo a levou demandar e depender do outro, abalando sua realidade. Além disso, o laço com o Outro é evidenciado

quando relata que foi bem tratada durante a internação e que os profissionais brincavam para “incentivar”. Mas por outro lado, no instante em que se pergunta sobre os cuidados médicos: “porque não viram lá?”, mostrou uma diferença.

Se na primeira entrevista, ela sabia dizer, na segunda pareceu que Joana tinha se dado conta do que se passou e seu afeto se modificou e sua crença não tinha sido suficiente. Joana modificou seu discurso, pois começou a ter dores. Passou a se perguntar sobre o que havia acontecido para ter a “bactéria”, causando-lhe causou “pânico”, sentindo-se “judiada” e “ressentida”. Tem receio e não sabe se quer operar de um “novo problema” no fígado, pois teme que lhe aconteça tudo novamente.

Joana fala de seu lugar para o Outro e do laço que faz pela interpretação de que fará o bem, incentivando as pessoas. Através do dito: “incentivando ela se anima”, parece dizer sobre o que faz Joana para ter qualidade de vida, incentivando e sendo incentivada. Contudo, esse apoio simbólico falha ao lembrar-se do risco de morte real, que experimentou com a sepse. Ao longo de sua fala, Joana localizou a proximidade da morte. Em três momentos falou do temor da internação associado a ela: com a morte da pessoa ao seu lado, quando se viu amarrada e com uma “brincadeira” feita por uma das enfermeiras.

- Sofia: ao ser questionada sobre a sepse, lembrou-se da pergunta que fez à médica, após saber que teria que reabrir a cirurgia, recém realizada, para a retirada da mama: “por que comigo, doutora?”, o que diz da falta de sentido que lhe provocou ter que realizar um novo procedimento cirúrgico. Ao mesmo tempo, demonstrou sua relação ao Outro, o saber está no Outro e, este pode dar um sentido. Essa pergunta, atrelada à: “por que eu não estou lá?”, no momento do delírio, o que ao ser lembrado por ela, reflete enquanto como o sujeito se coloca no mundo, seu lugar diante do Outro.

Todos os acontecimentos resultaram no sintoma “desanimada”, algo que lhe produz mal estar. Sofia começou sua fala localizando que fez uma segunda cirurgia para retirada total de uma das mamas. Não sabe como foi o primeiro procedimento, nem como foi para ela retirar do corpo, algo que pode representar o feminino.

São as outras mulheres que aparecem em seu discurso, quando se coloca no grupo das que “retiraram um quadrante e depois retiraram a mama toda”. O que a surpreende e, pode-se supor, a retira desse grupo, é o momento em que algo inesperado acontece e precisa “abrir seu peito novamente”. Nesse momento, algo abala sua fantasia e perde o sentido, colocando-a de fora do grupo mencionado, ou seja, o encontro com o real, sem sentido.

A experiência com a sepse a fez ter outra posição diante de seu problema cardíaco. Antes da segunda cirurgia da mama, seu corpo já era limitado pela “falta de ar” e pelo “cansaço”. Ao ver-se com a indicação de uma nova cirurgia, ficou claro o risco que passou e que poderia passar novamente. Pode-se pensar como Sofia lidou com o limite de seu corpo e a forma como encarou o risco de morte na cirurgia do coração.

Ao falar sobre o CTI Sofia se emocionou indicando que algo ainda a afetava, mas que, pelo contexto de pesquisa, só cabia acolher, em silêncio, já que não se trata de um contexto analítico. Foi indicado à Sofia que ela poderia falar sobre isso com um profissional.

Como efeito da experiência com a sepse, Sofia fez sintoma: se “desanima”, “deixa de se cuidar”, mas ao dizer de si, diz que “voltará à ativa”, colocando seu desejo de sair do desânimo.

- Pedro: localizou claramente como ele era antes e como ficou depois da sepse, quando falou das suas perdas: “trabalhava, tinha fregueses e amigos, a renda era maior, andava para todos os lados e era bem animado”. Mostrou como a sepse afetou sua subjetividade, ao falar da “vergonha por estar torto, com a barriga torta, desequilibrado e com um buraco no pescoço”.

Foi possível escutar em sua fala, sobre sua “perna morta” e “andar por todos os lados”, uma separação entre a debilidade do corpo e seu desejo, o que permite dizer do corpo que se tem e de sua posição de sujeito do desejo.

Posição que também pôde ser observada no tom irônico, que marcou toda a entrevista, sugerindo um modo de funcionamento como defesa frente ao real de seu corpo, já que apresenta várias dificuldades físicas. Assim como conta com sua mãe, figura de endereçamento e de apoio, com a qual busca “se distrair”.

Em sua fala, Pedro localizou suas perdas e, apesar destas, buscou meios para dar continuidade à vida. Desse modo tenta fazer algo com suas perdas: “tenta se distrair na casa de sua mãe e sai com o carro”. Parece ter clareza sobre sua condição atual, já que ao falar de si, expõe suas limitações e seu desejo, como quando falou sobre correr antes da sepse: “não parava”, durante a internação: “espírito andando para todos os lados” e atualmente: “pega o Anel Viário, coloca cento e quarenta no carro e vaza”, com isso, antes, durante e depois da experiência com a sepse, inventa um meio de sustentar seu modo particular de satisfação.

Observam-se, também, os efeitos no enquadre da vida, a mudança na imagem de si e conseqüentemente a relação dele com o Outro. Mudança daquilo que ele era e o que ele

passou a ser, produzindo sintomas de insônia e da restrição nas relações, meio pelo qual se protege frente ao real e como lida com sua “vergonha”.

Ao falar de si disse, logo que voltou do coma, que se sentiu “como um cara que não é daqui”, o que indica sua deslocalização após a sepse, a falha em seu mundo simbólico e na fantasia pelos efeitos sobre as referências de identificação, por exemplo, quando “trabalhava, conversava com os amigos, não parava”.

Pedro também falou de suas debilidades físicas após a afetação da sepse e pode-se supor uma alteração de consciência, quando relatou que “se perdeu” dirigindo, dias antes da entrevista. No entanto, mesmo falando das perdas, Pedro aponta para a crença sobre a possibilidade de mudanças das coisas.

Limite físico que afeta o ânimo e se liga à vergonha, vinculada à mudança da imagem de si e à perda dos recursos fáticos, como quando disse que “não conseguia assinar o nome próprio”.

No final, ao dizer de como foi bom para ele falar, nota-se a função da fala de poder se colocar como ser falante diante de um alguém que o escuta.

### **5.3. Possíveis Relações entre os Dados Quantitativos e Qualitativos**

O uso do método misto neste trabalho permitiu aprofundar as possíveis relações entre os dados quantitativos e qualitativos. Com o SF-36 foi avaliada a QVRS e todos os participantes apresentaram escores medianos e baixos, o que indicou uma baixa QVRS. A realização das entrevistas possibilitou escutar na fala de cada um a singularidade da experiência da sepse e suas consequências na QVRS.

Para Maria a QVRS é boa e passou a se cuidar e prestar mais atenção em sua saúde, porém também foi identificado sobre o que restou de sintomático, ou seja, seu nervosismo, sua alteração de sono e sua agitação ao falar sobre como lhe aconteceu a sepse, ao que ela chamou de “trauma”, ou seja, não terem lhe contado o que havia lhe acontecido apesar dela acreditar que suportaria saber e poderia ter feito algo com isso.

Já para Joana, observaram-se duas posições distintas em relação à QVRS. Em um primeiro contato, tanto no SF-36, como na entrevista se mostrou como alguém que, mesmo passando por tudo que lhe aconteceu, dizia que percebia sua qualidade de vida como algo bom, de estar bem consigo mesma e poder fazer para os outros ficarem bem, por se localizar no significante “incentivo”, marca do modo como se relacionava com o Outro. Ressaltou o laço com os profissionais e com aquilo que contou para passar pela experiência da sepse.

Porém, em um segundo momento, parece que isso cai, não se sabe se por efeito da primeira entrevista, ou por uma evolução de seu problema atual no fígado, mas Joana se queixava, as coisas já não estavam mais bem como na semana anterior. Os médicos, que para Joana, num primeiro momento eram tidos como aqueles que incentivavam, num segundo momento, são aqueles que não viram seu problema no fígado, o que a deixa ressentida e com receio de um novo procedimento cirúrgico. De modo que, se o SF-36 tivesse sido reaplicado, talvez os valores pudessem ter sido diferentes.

Sofia fala da QVRS como comer bem, ter uma família unida e ter saúde. Havia acabado de sair de um procedimento cirúrgico, que a fez questionar se voltaria para casa, temendo morrer na cirurgia. Apesar de dizer que está bem, ressalta seu “desânimo”. Algo mudou “muito em seu ânimo”, como disse, mas que não pôde ser aprofundado durante a entrevista, considerando o contexto de pesquisa e o que poderia mobilizar nela. Algo que a emocionou, por provocar o desânimo e a fez se levantar apenas para as atividades básicas do dia a dia. Dentre as mulheres, Sofia é a que pontuou menos nos aspectos emocionais.

De todos os participantes deste estudo, Pedro é o que apresentou os piores escores para o SF-36. Em sua fala pôde-se localizar suas perdas, talvez, dentre todos foi o que melhor localizou o antes e o depois da sepse. Porém, mesmo com suas queixas, parece ser o que mais expressou seu desejo pelo significativo “não parava”. Era o que fazia antes da sepse e o que mantém, mesmo com o seu limite corporal que o dificulta andar, sai de carro em alta velocidade. Apresenta um modo irônico de lidar com a vida, que sugere servir como um algo particular no enfrentamento dos efeitos da sepse.

Com os resultados deste trabalho foi possível caracterizar a sepse e o modo como cada participante a experienciou, além de vincular à QVRS, alcançando os objetivos propostos.

A limitação para a realização deste estudo foi em relação ao número de participantes por constituir uma experiência clínica de alta morbimortalidade, de maior complexidade e pela dificuldade de contato com os sobreviventes, porém pôde-se escutar a singularidade da experiência de cada participante. Pôde-se observar que o suporte de interpretação do que foi a sepse e suas consequências no corpo passam pela subjetividade, ou seja, pela interpretação possível a cada um, daquilo que lê e experimenta subjetivamente em seu corpo. Podendo-se concluir que a QVRS está no próprio sujeito.

A relevância deste estudo para os profissionais da área da saúde é a contribuição na ampliação da compreensão da experiência da sepse, que parece ser “igual” para todos, porém têm suas especificidades e particularidades.

Novos trabalhos poderiam trabalhar com número maior de participantes, possibilitando novas articulações pertinentes ao tema.

## Referências

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2013). *Pesquisa de métodos mistos*. Porto Alegre: Penso.

Davidson, T. A., Caldwell, E. S., Curtis, J. R., Hudson, L. D., & Steinberg, K. P. (1999). Reduced quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome compare with critically ill control patients. *Jama*, 281(04), 354-360.

Dellinger, R. P., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S. M., ... Moreno, R. (2013). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Critical Care Medicine*, 41(02), 580-637.

Dessotte, C. A. M. (2010). *Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de síndrome isquêmica miocárdica instável*. Universidade de São Paulo.

Erlich, H., & Alberti, S. (2008). O sujeito entre psicanálise e ciência. *Psicologia em revista*, 14(02), 47-63.

Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2006). *The practice of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Heyland, D. K., Hopman, W., Coe, H., Tranmer, J., & Mccoll, M. A. (2000). Long-term health-related quality of life in survivors of sepsis. Short form 36: a valid and reliable measure of health-related quality of life. *Crit Care Med*, 28(11), 3599-3605.

Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., Van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). The impact of severe sepsis on health-related quality of life: a long-term follow-up study. *Anesthesia & Analgesia*, 107(06), 1957-1964.

Jagodič, H. K., Jagodič, K., & Podbregar, M. (2006) Long-term outcomes and quality of life of patients treated in surgical intensive care: a comparison between sepsis and trauma. *Critical Care*, 10(05), 01-07.

Jaimes, F. (2005). A literature review of the epidemiology of sepsis in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*, 18(03), 163-171.

Laguardia, J., Campos, M. R., Travassos, C. M., Najjar, A. L., Anjos, L. A., & Vasconcellos, M. M. (2011). Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO), Brazil, 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, 09(61), 01-10.

Lever, A., & Mackenzie, I. (2007). Sepsis: definition, epidemiology, and diagnosis. *BMJ*, 335, 879-883.

Martin, G. S., Mannino, D. M., Eaton, S., & Moss, M. (2003). The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Engl J Med*, 348(16), 1546-1554.

Nessler, N., Defontaine, A., Launey, Y., Morcet, J., Mallédant, Y., & Seguin, P. (2013). Long-term mortality and quality of life after septic shock: a follow-up observational study. *Intensive Care Med*, 39, 881-888.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação da evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Sasse, K. C., Nauenberg, E., & Long, A. (1995). Long-term survival after intensive care unit admission with sepsis. *Crit Care Med*, 23, 1040-1047.

Silva, E., Pedro, M. A., Sogayar, A. C. B., Mohovic, T., Silva, C. L. O., Janiszewski, M., ... Knobel, E. (2004). Brazilian sepsis epidemiological study (BASES study). *Critical Care*, 08(04), R251-260.

Siqueira-Batista, R., Mendonça, E. G., Gomes, A. P., Vitorino, R. R., Miyadahira, R., Alvarez-Perez, M. C., & Oliveira, M. G. A. (2012). Atualidades proteômicas na sepse. *Rev Assoc Med Bras*, 58(03), 376-382.

Westphal, G. A., Vieira, K. D., Orzechowski, R., Kaefer, K. M., Zacliffevis, V. R., & Mastroeni, M. F. (2012). Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepse grave e choque séptico. *Rev Panam Salud Publica*, 31(06), 499-505.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Matheus Rozário Matioli – 85%

Helena Megumi Sonome – 05%

Sílvia Sato – 05%

Angelita Maria Stabile – 05%