UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PSICOLOGIA

NATALIA FERREIRA DE PAIVA

AS VOZES DE QUEM ESCUTA: ENTRE O CUIDADO E O SOFRIMENTO DE PSICÓLOGOS NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA

GOIÂNIA - GO
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): NATALIA FERREIRA DE PAIVA

Título do trabalho: **AS VOZES DE QUEM ESCUTA: ENTRE O CUIDADO E O SOFRIMENTO DE PSICÓLOGOS NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA**

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [ ] NÃO[1]

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Melo Ribeiro De Lima**, **Professora do Magistério Superior**, em 14/04/2022, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **NÁTALIA FERREIRA DE PAIVA**, **Discente**, em 18/04/2022, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2837220** e o código CRC **D17B66F2**.

Referência: Processo nº 23070.018264/2022-13 SEI nº 2837220

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PSICOLOGIA

NATALIA FERREIRA DE PAIVA

AS VOZES DE QUEM ESCUTA: ENTRE O CUIDADO E O SOFRIMENTO DE PSICÓLOGOS NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás.
Orientadora: Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima.

GOIÂNIA - GO
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Paiva, Natalia Ferreira de
As vozes de quem escuta [manuscrito] : entre o cuidado e o sofrimento de psicólogos na linha de frente da pandemia / Natalia Ferreira de Paiva. - 2022.
82 f.

Orientador: Profa. Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia, 2022.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Pandemia. 2. COVID-19. 3. Desamparo. 4. Psicanálise. 5. Emergência e Desastres. I. Lima, Priscilla Melo Ribeiro de, orient. II. Título.

CDU 159.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 12 dias do mês de abril do ano de 2022 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado "**AS VOZES DE QUEM ESCUTA: ENTRE O CUIDADO E O SOFRIMENTO DE PSICÓLOGOS NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA**", de autoria de NATALIA FERREIRA DE PAIVA, do curso de Psicologia da Faculdade de Educação da UFG. Os trabalhos foram instalados pela profa. Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima (orientadora - FE/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: profa. Dra. Leilyane Oliveira Araújo Masson (FE/UFG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição da estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0, tendo sido o TCC considerado aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Melo Ribeiro De Lima**, **Professora do Magistério Superior**, em 20/04/2022, às 08:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Leilyane Oliveira Araújo Masson**, **Professor do Magistério Superior**, em 27/04/2022, às 21:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2845737** e o código CRC **E9FFA0BB**.

Referência: Processo nº 23070.018264/2022-13 SEI nº 2845737

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais que possibilitaram que eu chegasse até aqui, incentivando meus estudos e me apoiando em cada passo. Obrigada por todo amor e carinho. Essa conquista é de vocês também.

Agradeço a toda minha família por serem meu suporte. Um agradecimento especial a vó Divina e o vô Vicente, que ajudaram na minha criação e que infelizmente não estão aqui para presenciar esse momento.

Agradeço a todos meus amigos pelo apoio, risadas e choros. Tenho muita sorte de tê-los. Agradeço especialmente a Bruna e Sarah, que estiveram comigo ao longo do curso. Obrigada pelos afetos e trocas. Vocês tornaram esse processo mais leve.

Agradeço ao Guilherme, meu namorado, que esteve ao meu lado durante todos esses anos, me apoiando e dando forças para continuar.

Agradeço a professora Priscilla, por ter orientado a escrita do trabalho e ter topado falar sobre um tema que atravessa a todos nós em um momento tão delicado. Agradeço a professora Leilyane, por ser minha supervisora no estágio e ter topado participar da banca. Foi um prazer ter vocês duas nessa etapa final do curso.

A graduação não é um período fácil e esses dois últimos anos foram particularmente difíceis, mas todos vocês tornaram isso possível. Muito obrigada.

RESUMO

Partindo da noção de desamparo para a psicanálise, a pandemia pode ser compreendida como um evento atualizador do desamparo e gerador de angústia, uma vez que provocou rupturas nas relações sociais e de trabalho, evidenciando a fragilidade da nossa existência e o confronto com a morte. Diante disso, a Psicologia é convocada a ouvir e falar sobre saúde mental na pandemia, estando também inserida na linha de frente do cuidado ao paciente com COVID-19. Nesse sentido, este trabalho se propôs a pensar o desamparo dos psicólogos que estão na linha de frente da pandemia, as fontes de sofrimento e as estratégias por eles utilizadas. Para tanto, foram realizadas entrevistas narrativas com três psicólogas e seus conteúdos foram analisadas com base na Análise Temática. A partir das entrevistas, foi possível compreender que a atuação durante a pandemia foi marcada por medo, impotência e angústia. O medo diante da morte, as mudanças na rotina de trabalho, a ausência de referências para atuação nesse contexto e as condições da pandemia no Brasil foram citadas como fontes de desamparo para as entrevistadas. Diante disso, é possível compreender a importância da Psicologia em situações de emergência e desastres e a necessidade de escutar o desamparo e dar voz para o sofrimento daqueles que cuidam.

Palavras-chave: Pandemia, COVID-19, Desamparo, Psicanálise, Emergência e Desastres.

ABSTRACT

From the psychoanalytic concept of helplessness, the COVID pandemic can be understood as an event that updates helplessness and generates anguish, as it caused ruptures in social and work relationships, evidencing the fragility of our existence and the confrontation with death. In view of this, Psychology is summoned to listen and talk about mental health during the pandemic, being also inserted in the front line of patient care with COVID-19. In this regard, this work aims to investigate about the helplessness of psychologists who were working on the front line of the pandemic, to understand the sources of suffering and the strategies they used to cope. For that, narrative interviews were carried out with three psychologists and their contents were analysed based on Bardin's Thematic Analysis. From the interviews, it was possible to understand that the performance during the pandemic was marked by fear, impotence, and anguish. Fear of death, changes in the work routine, the absence of references for action in this context and the conditions of the pandemic in Brazil were cited as sources of helplessness for the interviewees. In view of this, it was possible to understand the importance of Psychology in emergency and disaster situations and the need to listen to the helplessness and to the suffering of those who care for the patients.

Keywords: Pandemic, COVID-19, Helplessness, Psychoanalysis, Emergency and Disasters.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 9
CAPÍTULO 1 12
O DESAMPARO NA OBRA FREUDIANA 12
1.1 Angústia, trauma e desamparo 13
1.2 O mal-estar na civilização 17
1.2.1 Modernidade e desamparo 19
1.2.2 O mal-estar na atualidade e as novas formas de subjetivação 20
CAPÍTULO 2 24
A PANDEMIA E O DESAMPARO 24
2.1 O Contexto Brasileiro 25
2.2 A atuação do psicólogo na pandemia de COVID-19 27
2.3 Percurso metodológico 31
2.3.1 Procedimentos para geração e análise dos dados 31
2.3.2 Cuidados éticos 33
2.3.3 Participantes 34
CAPÍTULO 3 36
RESULTADOS E DISCUSSÃO 36
3.1 Desamparo e o Medo da Morte 36
3.2 Desamparo e a Rotina de Trabalho 40
3.2.1 Reinvenção de uma Prática 44
3.2.1 A perda da identidade profissional 47
3.3 Desamparo, Trauma e (Im)possibilidades de Elaboração 50
3.3.1 O Não Reconhecimento do Sofrimento do Psicólogo 55
3.3.2 Adoecimento Psíquico 57
3.4 Outras Estratégias de Enfrentamento 58
3.5 Vacinação: Uma Dose de Esperança 62
CONSIDERAÇÕES FINAIS 65
REFERÊNCIAS 68
APÊNDICE – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE 72
ANEXO - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 75

INTRODUÇÃO

A pandemia modificou radicalmente os nossos modos de estar no mundo, uma vez que o distanciamento social impôs mudanças nas relações sociais e de trabalho, além do inevitável confronto com a morte. A escrita deste trabalho foi iniciada na segunda metade de 2021, após um ano e meio de pandemia, período em que estive afastada dos meus amigos, colegas de curso, professores e elaborando o luto dos meus avós paternos, sendo que meu avô faleceu em decorrência da doença. Portanto, a necessidade de escrita de um trabalho acadêmico para a conclusão de curso, foi atravessado pela pandemia, surgindo tanto o interesse quanto a necessidade de pensar a respeito das formas como a pandemia tem nos afetados.

A escolha pelo desamparo deve-se tanto a percepção da sua importância dentro da teoria psicanalítica, quanto da sua atualidade no contexto da pandemia. O desamparo enquanto conceito metapsicológico nasce a partir da percepção da fragilidade humana diante da vida, que chega ao mundo sem condições de garantir a própria sobrevivência (FREUD, 1926/2014). A partir dele, Freud propõe uma visão de psiquismo que é fundamentalmente dependente do outro (BIRMAN, 1999). Além disso, esse conceito está intimamente relacionado a outros conceitos da teoria, como castração, pulsão de morte e angústia.

É pertinente relembrar o contexto em que se deu essa formulação na teoria freudiana. Na época em escreveu e lançou *Inibições, sintomas e angústia* (1926/2014) e *O mal-estar na civilização* (1930/2010), o mundo enfrentava as consequências da Primeira Guerra e a ameaça da Segunda Guerra, sendo que nesse meio tempo ocorreu a pandemia da gripe espanhola. Portanto, lançado em um cenário de desilusão, desesperança, caos e desalento, é possível compreender a jornada de Freud na construção do conceito de desamparo, a partir da qual consegue fazer não somente uma análise clínica, como também social de seu tempo. De modo semelhante, é possível compreender nosso interesse em pensar o desamparo na atualidade. A pandemia também nos lançou em um cenário de desilusão e morte que, para além da percepção de que a ciência não foi capaz de dominar a natureza, tem-se o cenário brasileiro e a forma como a pandemia foi levada no nosso território. Entretanto, devido ao caráter insuperável do desamparo, cabe a cada sujeito, em cada época, encontrar formas de realizar a sua gestão, dando sentido à vida (FREUD, 1930/2010). Portanto, o desamparo carrega em si uma abertura.

Diante do cenário marcado por tantas mudanças, a população encontra-se angustiada, com medo e desamparada diante da ausência de respostas concretas ou garantias de melhorias. Nesse sentido, a Psicologia tem sido convocada a falar sobre saúde mental e os desdobramentos psíquicos resultantes da pandemia. Entretanto, a inserção da Psicologia na gestão e atuação em

situações de risco e desastres ainda é bastante recente. De mesmo modo, Vasconcelos e Cury (2017) apontam para uma ausência de estudos que considerem a experiência de atuação dos psicólogos nesses contextos. Considerando que a pandemia é um evento global, que atravessa a todos, torna-se pertinente pensar a respeito do sofrimento daqueles que atuam na linha de frente no cuidado ao sofrimento.

Partindo do que foi apresentado, o tema deste trabalho é o desamparo na pandemia COVID-19 no Brasil. Mais especificamente, o objeto de pesquisa é a vivência do desamparo por psicólogos que atuaram na linha de frente da pandemia da COVID-19, tendo como pergunta norteadora: como esses profissionais que atuam nesse contexto vivenciam o desamparo? A pesquisa teve por objetivo geral compreender a vivência dos profissionais de psicologia na linha de frente da pandemia de COVID-19. Sendo assim, os objetivos específicos foram: a) investigar o desamparo na obra freudiana; b) investigar as especificidades do desamparo na atualidade; c) investigar os desdobramentos psíquicos do enfrentamento de situações de emergências e desastres, e as particularidades pandemia de COVID-19; d) compreender como se dá o trabalho do psicólogo nesse contexto; e) compreender como os psicólogos lidam com o desamparo na pandemia e as defesas utilizadas para o seu enfrentamento.

O primeiro capítulo, “O desamparo na obra freudiana”, se destina a uma breve revisão do conceito de desamparo na psicanálise através da leitura dos textos freudianos e de autores contemporâneos. É importante destacar, conforme exposto por Birman (2016), que em suas obras, Freud realizou um estudo sobre as subjetividades na modernidade, sendo necessário pensar as atualizações das subjetividades hoje. Nesse sentido, o capítulo apresenta o conceito de desamparo e a sua relação com outros conceitos da teoria psicanalítica e a leitura contemporânea dos modos de subjetividades na atualidade.

O segundo capítulo, “A pandemia e o desamparo”, aborda a relação entre pandemia e o desamparo, abordando o percurso metodológico da construção deste trabalho. Ele é dividido em três momentos. No primeiro momento, discorremos sobre a pandemia e suas características, situando-a no cenário brasileiro, que apresenta especificidades para se pensar as formas de afetação da população e que não devem ser ignoradas. No segundo momento, realizamos uma revisão sobre a atuação da Psicologia em emergências e desastres e o papel do psicólogo hospitalar na pandemia da COVID-19. No terceiro momento do capítulo, apresentamos nosso percurso de construção e análise dos dados.

No terceiro capítulo, “Resultados e Discussão”, apresentamos os dados gerados a partir de entrevistas com três psicólogas que atuaram na linha de frente durante a pandemia. A partir delas, buscamos fazer um entrelaçamento das experiências com a teoria freudiana, refletindo

sobre como a experiência de atuação nesse contexto remete à experiência de desamparo, a forma como o sofrimento afetou às participantes e as estratégias que elas lançaram mão para diminuição do sofrimento.

CAPÍTULO 1
O DESAMPARO NA OBRA FREUDIANA

O conceito de desamparo, na obra freudiana, é um conceito bastante importante para a compreensão do psiquismo. Entretanto, Birman (1999) afirma que há frequentes enganos na utilização do termo desamparo pelos leitores da obra de Freud. O autor destaca que isso se deve ao fato de haver uma diferenciação entre a palavra desamparo e o conceito metapsicológico. A palavra aparece desde muito cedo no discurso freudiano, mas o conceito só é empregado tardiamente, fazendo com que nem sempre a utilização da palavra tenha o mesmo sentido proposto em suas obras finais (BIRMAN, 1999). Esse fato ocorreu em virtude de, assim como todo conhecimento, a teoria psicanalítica também ter sofrido algumas transformações, rupturas e reformulações ao longo do seu desenvolvimento.

Rocha (1999) faz um exame da palavra no alemão *Hilflosigkeit*, utilizada por Freud para indicar o desamparo, através da decomposição em suas partes. O substantivo *Hilfe* quer dizer amparo, proteção, ajuda, ao passo que *losig* é um sufixo que indica ausência, falta. Portanto, *Hilflosigkeit* significaria "sem ajuda, des-amparado". Birman (1999) afirma que ao transformar *Hilflosigkeit* em um conceito metapsicológico, a palavra sofreu uma profunda mudança gramatical e morfológica, visto que ela deixa de ser aplicada apenas como adjetivo, assumindo agora a forma de substantivo.

Birman nos indica também como a formulação desse conceito está intimamente relacionada ao conceito de pulsão de morte. Em *Além do princípio de prazer* (1920/2010), Freud postula a existência de uma força primordial e silenciosa que age no psiquismo tendendo a descarga total, ou seja, a um estado de plena quietude, fato que é observado, por exemplo, no nascimento. Biologicamente falando, o humano nasce de forma imatura, desamparado, incapaz de ele mesmo garantir meios para própria sobrevivência (FREUD, 1926/2014). Portanto, diante do excesso pulsional, o seu movimento original seria a descarga total das pulsões, visando a plena quietude, ou seja, a morte. É nesse sentido que Birman (1999) afirma que, para a psicanálise, a morte seria pano de fundo da existência humana.

Essa condição inicial de desamparo biológico faz com que seja necessária a presença de outro, algo externo ao sujeito que seja capaz de fornecer as condições de manutenção da vida. Entretanto, o conceito formulado por Freud não se resume apenas à imaturidade biológica, mas também se refere à ordem do psíquico. A criança humana nasce incapaz de representar e dar sentido às excitações que provêm do próprio corpo ou do mundo externo. Nesse momento em que a criança se encontra sem amparo, à mercê de um excesso pulsional do qual ela não

consegue dar conta, surge a angústia em sua forma originária (FREUD, 1926/2014), impondo ao bebê as primeiras tentativas de comunicação, como o choro (SANTOS; FORTES, 2011). Diante desses sinais que o bebê emite, o outro, geralmente a pessoa cuidadora, irá interpretar e dar significado a essas manifestações, nomeando o desejo e fornecendo as possibilidades de diminuição do excesso pulsional. Portanto, o outro possui a função de inserir a criança humana no circuito pulsional, ordenando o caos através do enlaçamento entre as pulsões, o objeto de desejo e as formas de satisfação, ao mesmo tempo em que a insere no campo da linguagem, possibilitando o desenvolvimento psíquico e a constituição do bebê humano em sujeito (BIRMAN, 1999).

Ademais, é durante a manipulação do corpo no ato de cuidar, que o bebê experimenta sensações prazerosas para além das necessidades de autoconservação, provocando a erogeneidade do corpo e colocando a criança no campo sexual (SANTOS; FORTES, 2011). A entrada no campo sexual estabelece inúmeras possibilidades de desejos e a busca por formas de satisfação e repetição de sensações prazerosas, instaurando o princípio do prazer. Segundo Freud (1930/2010), o princípio do prazer determina a finalidade da vida: a busca pela felicidade, tendo tanto sua meta positiva – a vivência do prazer –, quanto sua meta negativa – evitação do desprazer.

Rocha (1999) afirma que a situação originária do desamparo é uma vivência arquetípica. Ela não é capaz de ser simbolizada no momento em que ocorre devido à imaturidade psíquica da criança, mas se repete inúmeras vezes em situações posteriores em que o sujeito se confronta com a ausência de garantias e recursos. Isso porque a realidade está sempre mostrando o descompasso entre as exigências do mundo externo e a busca pelo prazer, além de inúmeras formas de sofrimento que afligem o sujeito, colocando-o em questão com o desamparo. Entretanto, conforme exposto pelo próprio Freud (1926/2014), é um enorme progresso evolutivo para a autoconservação se formos capazes de prever e antecipar uma situação de desamparo. Nesse sentido, a partir do conceito de desamparo, Freud estabelece uma mudança significativa na teoria da angústia.

1.1 Angústia, trauma e desamparo

Como dito anteriormente, diante do excesso pulsional do qual o bebê não consegue dar conta, a angústia surge na sua forma originária, que é percebida e amparada pelo outro. Após várias situações em que a criança vê a suas necessidades sendo atendidas pelo cuidador, ela passa a entender que a ausência do outro representa um perigo, pois indicaria uma provável situação de desamparo. Portanto, se antes a angústia era vivenciado na forma automática para

indicar um problema real de excesso pulsional, agora a angústia passa a ser um sinal, vivenciado sempre que o sujeito sente que há o risco de experimentar uma situação semelhante, para que assim fosse posto em prática mecanismos de defesa para evitar tal situação (FREUD, 1926/2014). É nesse sentido que Freud (1926/2014) afirma que o desamparo instaura a necessidade de sermos amados, visto que ser o objeto de amor do outro é o mais próximo de garantia que teremos nossas pulsões satisfeitas, e, portanto, a angústia é sempre uma angústia de perda.

Freud continua sua reflexão, relacionando a angústia com a castração. Segundo Passos, Neves e Menezes (2018), a castração é aquilo que anuncia para o sujeito a sua incompletude, ou seja, a impossibilidade de satisfação plena e a necessidade de um outro para a busca da satisfação. Nesse sentido, pensando a angústia enquanto um sinal que anuncia o perigo de uma situação de desamparo, a angústia seria uma forma do Eu se defender diante castração, que por sua vez o colocaria diante do desamparo estrutural: sua condição de ser faltante. A própria angústia de consciência ou angústia social, aquela atribuída à angústia sentida pelo Eu diante do Supereu, é, no seu núcleo, a angústia perante a castração, pois, sendo o Supereu a internalização da lei, o que o sujeito teme é a perda do amor e o castigo que permearam o complexo de Édipo (FREUD, 1926/2014).

Diante disso, a angústia pode ser dividida em duas: a angústia automática, vivenciada sempre que ocorre uma situação semelhante ao nascimento; e a angústia sinal, experienciada como uma tentativa do Eu agir ativamente diante de uma situação de perigo, a fim de evitá-la. Dentro da angústia sinal, há ainda a divisão entre angústia real e angústia neurótica (FREUD, 1926/2014). Nos dois casos, o que se teme é um perigo, entretanto, na angústia real o perigo é reconhecido, enquanto na angústia neurótica esse perigo não é conhecido pelo sujeito ou, ainda que seja, a angústia vivenciada diante dele é excessiva, não justificada na sua totalidade. De todo modo, o que se teme na angústia neurótica é sempre um perigo pulsional, de forma que o sintoma neurótico seria uma tentativa de evitar tal perigo.

Nesse mesmo texto em que reformula a teoria da angústia, Freud estabelece que uma situação de desamparo é uma situação traumática. Segundo o autor, o trauma ocorre quando um evento consegue romper a barreira de proteção contra excitações presente no organismo, fazendo com que o aparelho psíquico seja invadido por uma grande quantidade de estímulos (FREUD, 1920/2010). O aparelho psíquico é violentado com uma quantidade de excitações que ele não foi capaz de prever ou evitar. Portanto, na situação traumática, a angústia não seria vivenciada como sinal, mas sim de forma automática, semelhante a angústia original, experienciada pela primeira vez na situação do nascimento (FREUD, 1926/2014).

A situação traumática é uma experiência nova, ou seja, uma experiência nova em que o psiquismo se encontra desamparado diante de um excesso ao qual ele não consegue dar sentido, mas que é vivenciado como uma experiência de morte. Diante disso, é necessário conter esses estímulos para que, só assim, seja possível ligá-los psiquicamente e conduzi-los à eliminação. Nesse sentido, o princípio do prazer é inicialmente posto de lado, de forma que nos sonhos da neurose traumática o que está em jogo é a compulsão à repetição. Não a serviço do princípio do prazer, mas em uma tentativa de repetir ativamente o trauma e assim, fornecer um sentido para ele (FREUD, 1920/2010).

Apesar de o nascimento ser a vivência originária do desamparo, ele não é possível de ser entendido como trauma. Segundo Freud (1926/2014), o nascimento não apresenta um conteúdo psíquico, portanto, ele não é reconhecido como uma possibilidade real de aniquilamento, mas como uma mudança pulsional excessiva. Nesse sentido, o que fica no psiquismo do bebê acerca da vivência do nascimento é apenas a experiência de excesso do qual ele é impotente, o que forma o núcleo da situação de perigo. É somente *a posteriori*, diante de inúmeras vivências que remetem ao nascimento, é que a angústia automática pode ser transformada em angústia sinal. Essa transformação ocorre devido a percepção de que existe um outro capaz de pôr fim a experiência angustiante, sendo, portanto, necessário evitar a perda desse outro.

Ainda pensando a respeito do trauma, Ferenczi elabora uma nova concepção para a teoria do trauma. Segundo Osmo e Kuperman (2012), na perspectiva ferencziana, o trauma é um evento que acontece em dois momentos. O primeiro deles seria a situação de choque em que, tal como elaborado por Freud, a barreira contra estímulos seria rompida e o psiquismo seria invadido por grandes quantidades de excitações, e diante do qual o sujeito não consegue resistir ou reagir. O segundo momento seria o desmentido que ocorre após o choque inicial, quando o sujeito tenta encontrar respostas e sentido para aquela experiência, mas acaba por ter seu sofrimento negado, não reconhecido ou desacreditado. Se diante de um evento potencialmente traumático há reconhecimento, validação e amparo, não há trauma.

Sobre o desmentido, Gondar (2012) afirma que o que se desmente não é o evento, mas o sujeito, produzindo sentimentos de aniquilamento naquele que vivenciou o trauma. Nesse sentido, a autora ressalta que o desmentido é uma questão ética e política, uma vez que vai para além do trauma individual, envolvendo também o reconhecimento de que os seres humanos são vulneráveis e que precisam ser reconhecidos nessa vulnerabilidade. Portanto, deve ser levado em consideração a violência social, as políticas públicas sociais e pautas identitárias (GONDAR, 2012).

Essas questões nos remete novamente para a questão do desamparo e as fontes de sofrimento indicadas por Freud. Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/2010) elenca três fontes permanentes de sofrimento que atingem o ser humano: a) as forças da natureza, indomável e imprevisível, que coloca em xeque a possibilidade da vida; b) o corpo, que sendo ele próprio um elemento da natureza, é frágil e fadado ao fim; c) as relações sociais e as instituições que regulam essas relações. Diante dessas possibilidades de sofrimento e as imposições da realidade, tanto interna quanto externas, o princípio do prazer se converte em princípio da realidade, cujo objetivo continua sendo a busca pelo prazer e a evitação do desprazer, mas que agora exige a renúncia de algumas pulsões e do adiamento da satisfação em diversos momentos (FREUD, 1920/2010).

De toda forma, o ser humano precisa encontrar mecanismos para lidar com o sofrimento que a vida lhe impôs, fazendo com que seja necessário o uso de medidas paliativas, como a intoxicação, a fantasia, a ilusão e a sublimação das pulsões (FREUD, 1930/2010). Contudo, Freud apresenta que essas medidas não são suficientes para dar fim ao sofrimento, representando uma problemática que acompanha o sujeito durante toda a vida:

> O programa de ser feliz, que nos é imposto pelo princípio do prazer, é irrealizável, mas não nos é permitido – ou melhor, não somos capazes de – abandonar os esforços para de alguma maneira tornar menos distante a sua realização. Nisso, há diferentes caminhos que podem ser tomados, seja dando prioridade ao conteúdo positivo da meta, a obtenção do prazer, ou ao negativo, evitar o desprazer. Em nenhum dos caminhos podemos alcançar tudo o que desejamos. No sentido moderado em que é admitida como possível, a felicidade constitui um problema de economia libidinal do indivíduo. Não há aqui, um conselho válido para todos; cada um tem que descobrir a sua maneira de ser feliz (FREUD, 1930/2010, p. 40-41).

Nesse sentido, o desamparo se apresenta como um conceito estruturante na obra freudiana, visto que ele estabelece um modelo de subjetividade que é necessariamente dependente do outro. A vida só é possível mediante a existência do outro que tanto proporciona condições mínimas de sobrevivência, como também o coloca na ordem do sexual e do simbólico. Nesse sentido, Birman (1999) afirma que a vida é uma dádiva transmitida pelo outro, mas que instaura uma dívida simbólica da qual o sujeito nunca se libertará.

> Assim, o sujeito se constitui pelo trabalho do outro, pela mediação de uma **dependência** da qual jamais se libertará. Isso porque mesmo que posteriormente o sujeito se torne possuidor de instrumentos para manejar melhor o excesso produzido pelas excitações, inexistente nas suas origens, relativizando, pois, a sua absoluta dependência do outro, o fato de que a força pulsional seja uma **força constante** e **contínua** (Freud, 1968 [1915]) recoloca

> o sujeito na condição de desamparo fundamental e de dependência do outro. Portanto, o desamparo e a dependência humana em relação ao outro se reproduzem posteriormente, ao longo da existência humana, em função mesmo de que a força pulsional, enquanto **exigência de trabalho** (Freud, *idem*), se impõe permanentemente e passa pelo outro para que possa ser dominada, constituindo destinos erógenos (BIRMAN, 1999, p. 25, grifos do autor).

Diante do que foi exposto, é possível perceber que viver é uma tarefa árdua, como foi exposto pelo próprio Freud, sendo necessária uma interminável gestão do desamparo, no qual cada um deverá descobrir a sua própria maneira de ser feliz (FREUD, 1930/2010). A civilização é um desses caminhos que foi traçado com objetivo de evitar o sofrimento.

1.2 O mal-estar na civilização

Civilização é o conjunto de instituições, normas, valores e realizações criadas pelo homem com objetivo de fornecer proteção contra a natureza e a regulamentação das relações sociais (FREUD, 1930/2010). Em relação ao primeiro objetivo da civilização, é inegável que ela trouxe enorme progresso. Através da ciência, conseguiu-se aumentar a expectativa de vida, explicar fenômenos antes desconhecidos, construir tecnologias que aproximam pessoas, mesmo que cada uma esteja em um lado do mundo. Mas, apesar disso, a ciência não é capaz de prever e controlar a natureza em toda sua força, uma vez que ela continua agindo sobre os seres humanos e causando desastres que os fazem sofrer. A própria ciência é, em certa medida, uma das responsáveis por proporcionar desamparo, ressalta Freud (1930/2010). A globalização, por exemplo, apesar de ter proporcionado aproximação entre todas as partes do mundo, também é a responsável pela rápida proliferação de doenças como a da pandemia causada pelo vírus causador da COVID-19. Outro exemplo, é o avanço da ação do homem sobre a natureza, com objetivo de conhecê-la e dominá-la e de avançarmos economicamente e tecnologicamente, que provocou a aceleração do aquecimento global, poluição, desmatamento e extinção de espécies. Ademais, os avanços tecnológicos armamentistas provocaram destruição durante a Primeira e a Segunda Guerra, e atualmente possui a capacidade de destruir toda a humanidade.

A segunda finalidade da civilização envolve a regulamentação das ações e relações humanas. Por um lado, o desamparo instaura a necessidade de ser amado, conforme dito antes, entretanto, nada causa mais dor do que a perda do objeto amado, além de que amar também é estar vulnerável (FREUD, 1930/2010). Isso porque o outro não é somente aquele que nomeia o desejo e as possibilidades de satisfação. O outro traz consigo um paradoxo, uma vez que ele pode não proporcionar a satisfação e amparo que o sujeito tanto deseja, como também pode

infligir sobre ele dor e sofrimento (SANTOS; FORTES, 2011). E, dentre todas as formas de sofrimento, as causadas pelas relações humanas são as mais dolorosas (FREUD, 1930/2010).

Portanto, o outro é tanto fonte de amparo quanto de desamparo, o que explica a necessidade de regular as relações humanas. Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/2010) aponta que antes da civilização, a busca pelo prazer e a satisfação das necessidades tinha como resultado a imposição do mais forte sobre os mais fracos. Portanto, somente o mais forte gozava de satisfação. Diante disso, os mais fracos se juntaram para pôr fim à tirania do mais forte e criar uma sociedade em que todos os sujeitos pudessem gozar de satisfação. Nesse sentido, a civilização criou a noção de direito, assim como a ideia de justiça, a partir da qual é possível regular as relações entre os indivíduos, garantindo a vontade da maioria e a punição daqueles que fogem à regra (FREUD, 1930/2010).

Entretanto, para construir a civilização e garantir um pouco de proteção, foi necessário que os seres humanos abdicassem uma parcela da sua liberdade, isto é, abrir mão da realização de certas pulsões e da agressividade (FREUD, 1930/2010). Isso faz com que viver em sociedade resulte em um constante mal-estar, uma angústia frente a uma demanda pulsional que não é possível de ser satisfeita. Além disso, a civilização é responsável pela instauração da culpa. Freud (1930/2010) aponta que existem duas origens para o sentimento da culpa. Primeiramente ela advém do medo da autoridade, isto é, do outro que ameaça com a castração. E, ao longo do desenvolvimento psíquico, a autoridade é internalizada, criando a instância do Supereu, a segunda origem do sentimento de culpa. O Supereu, por sua vez, por ser interno ao sujeito, é mais severo, pois nada passa despercebido por ele. Nesse sentido, o sujeito é constantemente vigiado e regulado pelo Supereu. Quanto mais duras forem as imposições do Supereu diante das pulsões, maior é a culpa.

Se parte dos motivos que faz com que não se tenha controle sobre a natureza seja a própria ação dos seres humanos sobre ela, isso pode levar a crer que a civilização falhou na tentativa de controlar as relações entre os homens. Além disso, a civilização trouxe consigo um mal-estar, tanto pela abdicação dos desejos e instauração da culpa por parte dos sujeitos, quanto pelo fato de ela não garantir as condições para superação do desamparo. Sendo assim, Freud ressalta que algumas pessoas poderiam supor que a situação anterior à civilização seja melhor que a atual. Freud critica essa afirmação, pois, para ele, a civilização trouxe o benefício de um pouco de segurança e, agora, a grande tarefa da humanidade seria justamente fazer a gestão entre as vontades individuais e os interesses coletivos (FREUD, 1930/2010). Mas essa tarefa não é fácil, e novamente recoloca o sujeito diante do fato de que não existem garantias para felicidade.

1.2.1 Modernidade e desamparo

É interessante observar que a noção de civilização presente nos textos de Freud é fruto dos valores da modernidade. Pensamos a modernidade como um conjunto de transformações culturais, sociais, políticas e econômicas fruto do projeto iluminista, que preconizava a liberdade, individualismo, igualdade e a da razão como instrumento legítimo de alcance do conhecimento (MACÊDO, 2012). Seria através da ciência que a humanidade conseguiria progredir, controlar o tempo, o espaço, ordenar a natureza, atingindo a felicidade de uma sociedade em que todos os indivíduos são livres e iguais por direito. O próprio mito freudiano da criação da civilização, presente em *Totem e Tabu* e retomado em *O mal-estar na civilização*, é, na verdade, uma história sobre a condição do sujeito na modernidade, representando a passagem do poder soberano para uma sociedade de direitos, em que cada indivíduo tem responsabilidade sobre a construção e manutenção da sociedade, como bem analisado por Kehl (2002).

Segundo Bauman (2001), a modernidade clássica se contrapõem às ideias de realidade imutáveis e pré-determinadas pela posição social, presentes nas sociedades pré-modernas, causando uma desorganização dessas ideias e reorganizando-as em torno da noção de individualização. Se antes a realidade era pré-determinada pela posição social, nas sociedades modernas - tendo o capitalismo como modelo econômico dominante - os seres humanos passam a ter escolhas, fazendo com que a realidade seja uma realização individual, em que cada um é responsável pela condição em que se encontra. Mas o autor continua a reflexão, afirmando que na modernidade clássica, ocorre uma desacomodação, a fim de se reacomodar segundo novos moldes. A ordem, muito bem exemplificada pelo modelo de produção fordista, é a palavra máxima da sociedade moderna, pois – segundo o movimento iluminista – seria através dela que seria possível o progresso e, por fim, a realização da felicidade. Através do uso da razão instrumental e do controle dos desejos e afetos, os indivíduos tornam-se mais produtivos, elevando a qualidade de vida da sociedade como um todo (BAUMAN, 2001).

Nesses novos moldes, os indivíduos são responsáveis pela realidade, mas sendo a ordem a condição da felicidade, a liberdade não pode ser irrestrita. É necessária a presença de um sistema de regras e julgamentos, em que todos possuem os mesmos direitos e deveres. Mas, tendo a individualização como princípio, cabe a cada indivíduo a responsabilidade de se vigiar e se adequar a sociedade, controlando seus desejos, afetos e pulsões (BAUMAN, 2001). O cristianismo é um dos responsáveis pela disseminação desse pensamento de individualização das responsabilidades e culpabilidades, fazendo com que seja necessário uma auto-observação

constante. Dessa forma, a instância do Supereu torna-se cada vez mais inconsciente e severa, gerando o sofrimento dos sujeitos na modernidade (KEHL, 2002).

Diante disso, Birman (2016) afirma que as formações subjetivas da modernidade clássica tinham a interioridade e a reflexão de si mesma como fundamentos. Entretanto, Bauman (2001) observa que essa modernidade não corresponde mais à realidade da modernidade atual, que o autor denominou de modernidade líquida. Essas mudanças se devem em especial às próprias modificações do capitalismo. Conforme exposto por Birman (2016), é necessário situar os textos freudianos em seu tempo histórico, bem como analisar as condições atuais dos sujeitos contemporâneos, a fim de se realizar uma leitura psicanalítica crítica sobre o mal-estar na atualidade e as novas formas de subjetivação que emergem dele.

1.2.2 O mal-estar na atualidade e as novas formas de subjetivação

De acordo com Bauman (2001), o capitalismo atualmente se encontra na sua forma mais leve, isto é, dinâmico, volátil, sem aquelas as características de ordem, controle e separações rígidas do modelo fordista. Se antes a ordem e o controle eram as palavras máximas, com a finalidade de construir indivíduos produtivos, agora, com o uso cada vez mais crescente da robotização, a produção atingiu o seu ápice, fazendo com que seja necessário o consumo dos produtos, transformando os indivíduos em consumidores (BAUMAN, 2001; KEHL, 2015).

A modernidade líquida ganha esse nome exatamente pela noção de que tudo está em constante movimento, nada se fixa. O consumo exige que nenhum produto seja durável e, diante de tantas possibilidades, é necessário a criação de mecanismos que forneçam a ideia de necessidade. Na nova ordem do capitalismo leve, o que está em jogo é a captação do desejo e sua transformação em mercadoria fetichizada (BAUMAN, 2001; KEHL, 2015). Nesse sentido, as estratégias de marketing têm como objetivo a construção de um desejo, ao mesmo tempo em que se vende o objeto de satisfação. E, conforme exposto por Bauman (2001) e Kehl (2015), no mundo contemporâneo não se vende apenas produtos; vende-se sonhos, ideias, fantasias, estilos de vida.

Nessa perspectiva, Bauman (2001) afirma que comprar se tornou um vício. Um vício porque, diante de tantas possibilidades, a satisfação da compra não só é momentânea, como também incompleta. Se antes o sofrimento do indivíduo advinha do excesso de regras e vigilância, que impedia a satisfação de determinadas pulsões, o sofrimento atual parece advir do excesso de liberdade e escolha. As possibilidades de felicidades são infinitas, cabendo ao sujeito a responsabilidade de decidir o que escolher, sem nunca ter a certeza de que fez a escolha certa. E, assim que se conquista um objeto, surgem outras infinitas possibilidades, sempre com

a promessa de satisfação e felicidade. Dessa forma, o desejo nunca é saciado, deixando o indivíduo em uma constante angústia diante da incerteza e da insegurança. Mas ele não pode só não escolher comprar, porque comprar é a única esperança de pôr fim ao desamparo. Diante desse cenário, a temporalidade é posta de lado, visto que não existe passado ou futuro, o que importa é o aqui e agora, é a realização imediata do desejo (BIRMAN, 2016).

Se não faltam possibilidades de escolha e nenhuma escolha significa o fim, então, no mundo da modernidade líquida, há a possibilidade de se ser qualquer um por quanto tempo desejar. Diante disso, a individualização atinge seu ápice (BAUMAN, 2001). Entretanto, Kehl (2015) afirma que se trata de uma pseudo-individualidade, uma vez que a individuação nunca se concretizou de fato. A sociedade seria hoje um conjunto de indivíduos isolados, que vivem para atingir seus objetivos privados. Mas tais objetivos só podem ser atingidos uma vez que se rende à lógica consumista. E aquilo que se vende, é sempre igual. Mesmo que não se tenha o objeto vendido pelas estratégias publicitárias, compra-se a imagem deles, o desejo. Ou seja, a suposta individualidade e liberdade alcançada pelos sujeitos hoje, só é possível uma vez que esses sujeitos estejam rendidos à lógica capitalista, o que os fazem semelhantes.

Kehl (2015) ainda afirma que, nesse cenário, o sujeito perde a sua singularidade subjetiva, uma vez que ocorre uma desarticulação do desejo com sua dimensão simbólica. Segundo a autora, o desejo só é possível mediante a castração e a falta. Se não há falta, não há possibilidade de desejo. O que a lógica do capitalismo leve faz é confundir desejo com necessidade, colocando o desejo no campo da satisfação real. Nesse sentido, cria-se a ideia de que o gozo, ou seja, a satisfação plena é possível mediante à compra daquilo que se vende como objeto de desejo. De acordo com Kehl (2015), essa captura do desejo através das estratégias publicitárias faz com que o sujeito não tenha que pensar a respeito do próprio desejo, perdendo, assim, a sua particularidade. Nesta lógica, sociedade contemporânea é baseada na negação da castração e da impotência (MACÊDO, 2012). Não se é permitido entrar em contato com o fato de que somos desamparados por natureza, aumentando a dependência dessa lógica de funcionamento líquida.

Apesar desses autores apontarem para uma pseudo-individualidade, o fato é que a sociedade valoriza cada vez mais a individualização e a responsabilidade dos indivíduos pela própria condição. E, no auge do individualismo, os sujeitos tornam-se cada vez mais autocentrados, sendo que o que importa é a exaltação do eu, fazendo com que o que marca as subjetividades hoje seja um excesso de exterioridade (BIRMAN, 2016). O eu passa a ser valorizado por aquilo que aparenta ser e por aquilo que o outro consegue ver. Assim, a exaltação do eu passa a ser um espetáculo, sendo o olhar do outro o palco para a exibição de si mesmo

(BIRMAN, 2016). Nessa perspectiva, é através do olhar do outro que o sujeito pode ser reconhecido, colocando o espetáculo em um local especial nas formações subjetivas hoje (BIRMAN, 2016; KEHL, 2015).

Analisando esse contexto, Birman (2016) afirma que as subjetividades na contemporaneidade são marcadas pela forma perversa de existência. Trata-se de formas subjetivas que precisam da exaltação e da crença na superioridade. Nesse cenário, o outro, enquanto sujeito e enquanto alteridade, não é visto ou considerado. O outro é apenas um objeto utilizado para crescimento do próprio sujeito e que, assim como toda mercadoria, é descartável. São subjetividades que negam a castração e utilizam do outro como objeto de fetiche para o próprio gozo, gozo esse que – vale lembrar – nunca é completo.

Voltando para a elaboração de Kehl, que afirmava na modernidade há uma pseudo-individualidade, Birman (2016) complementa que a individualidade só é possível mediante o reconhecimento da diferença. Se a alteridade não é conhecida, o indivíduo, enquanto sujeito desejante, não existe. Mas reconhecer a diferença é insuportável para subjetividades inscritas no modelo perverso. Insuportável exatamente por retirar o sujeito da sua suposta superioridade, colocando-o em contato com a castração. Diante disso, a violência ganha cada vez mais espaço. Por não suportar a diferença, ela deve ser de toda forma aniquilada, custe o que custar (BIRMAN, 2016).

Diante do que foi exposto, é possível perceber que há uma modalidade de ser na contemporaneidade. Segundo Birman (2016), as psicopatologias características de época são formas de sofrimento que dizem de um mal-estar advindo dessas formas de subjetivação e, portanto, são sempre uma denúncia de algo que falha. E, segundo o autor, existem três formas de psicopatologias que têm chamado a atenção na atualidade: as depressões, as síndromes do pânico e as toxicomanias. As depressões e as síndromes do pânico são duas formas de sofrimento muito estudadas e ressaltadas, em especial pela indústria psicofarmacológicas, porque são formas de sofrimento que impedem os sujeitos de participarem da sociedade do espetáculo. Seja pela tristeza, melancolia, solidão e vazio do depressivo, seja pelo terror da pessoa em pânico, o que está em jogo é que em nenhum deles há a possibilidade da exaltação de si mesmo, denunciando a falha do imperativo do gozo a qualquer custo (BIRMAN, 2016).

A terceira forma psicopatológica em alta na atualidade parece ter ganhado força, segundo o autor, a partir da consolidação da psicofarmacologia que apresenta hoje um lugar especial na sociedade. Sem questionar a eficácia dos medicamentos no tratamento de tais formas de sofrimento, Birman (2016) critica o uso e abuso de drogas, na maioria das vezes desarticuladas com outras formas de psicoterapia, tendo como único objetivo a adequação dos

sujeitos à sociedade do espetáculo e à cultura do narcisismo. Através do controle bioquímico, o sofrimento advindo da cultura é silenciado, fazendo com que os sujeitos não entrem em contato com aquilo que causa o mal-estar. De mesmo modo, as toxicomanias seriam fruto desse pensamento. É preciso ser feliz, superior, grandioso e exibicionista, custe o que custar, e tal possibilidade é encontrada no mundo das drogas. As drogas, sejam elas lícitas, ilícitas ou medicinais, fornecem aos sujeitos as condições para participar do espetáculo da vida social, ainda que momentaneamente, ressalta o autor.

Diante do que foi exposto, é possível perceber que o desamparo aparece como o conceito fundamental na psicanálise. De um lado, ele estabelece a base da organização psíquica, a partir do qual a subjetividade é constituída. Por outro lado, ele é o motor da criação e manutenção da civilização. A percepção do desamparo é responsável pela angústia e mal-estar que todos os seres humanos experienciam, mas também impulsiona o sujeito para a construção de formas para lidar com o mal-estar, dando sentido à vida. Cada sujeito, em cada época, irá construir o seu próprio modo de gestar o desamparo. Em todas as formas, o desamparo não é superado, por maiores que sejam os esforços.

CAPÍTULO 2
A PANDEMIA E O DESAMPARO

Segundo o Ministério da Integração Nacional um desastre é “o resultado de eventos adversos, naturais, tecnológicos ou de origem antrópica, sobre um cenário vulnerável exposto à ameaça, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais” (BRASIL, 2017, p. 22). A pandemia de COVID-19, em curso desde o início de 2020, pode ser entendida como uma situação de desastre que já causou a morte de mais de 6,04 milhões de pessoas no mundo (WORD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2022). Trata-se de doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, que se espalhou rapidamente e cujos sintomas, tratamentos e efeitos ao longo prazo ainda não são totalmente conhecidos por médicos e cientistas. A súbita chegada de uma nova doença, aliada à ausência de respostas nos obrigou a encarar a imprevisibilidade da vida, a fragilidade do corpo e a inevitabilidade da morte.

Diante disso foi necessário a adoção de medidas para diminuir a propagação do vírus e as chances de um possível colapso nos sistemas de saúde. O isolamento social foi a principal medida adotada, provocando uma interrupção no modo de funcionamento das sociedades, que tiveram que se reorganizar e inventar práticas para lidar com a nova realidade. Países fecharam as fronteiras, atividades consideradas não essenciais foram paralisadas, alguns trabalhos migraram para o modelo de *home office* e escolas adotaram o modelo de ensino remoto emergencial. Além disso, foi recomendado que a população ficasse em casa, saindo apenas para atividades essenciais, além do uso de máscaras.

Essa nova rotina implicou na necessidade de aprendizado e uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), na transformação da casa em espaço de trabalho, estudo, descanso e lazer. Aliado a isso, houve o afastamento físico da rede de apoio, especialmente para os mais vulneráveis à doença como os idosos ou mais vulneráveis socialmente, tal como crianças e adolescentes, mulheres em relacionamentos abusivos e todos em que a casa não é um espaço de segurança e acolhimento. As práticas de socialização passaram a ser mediadas ou pelas TIC ou pelas máscaras, com ausência de contatos físicos.

A COVID-19 também foi responsável por um grande número de mortes em um curto período de tempo. O vírus se espalhou com rapidez, de forma que as centenas de leitos e hospitais de campanha criados para lidar com a nova doença não foram suficientes para suprir a demanda. Além disso, até o momento não há medicamento de eficácia comprovada para tratamento. Pessoas adoeceram em velocidades e quantidades causando não só a sobrecarga no

sistema de saúde, como também no sistema funerário que, diante da demanda, realizou diversos sepultamentos em valas comuns. Devido ao risco de contaminação, rituais de despedidas foram limitados, tendo número reduzido de pessoas e a obrigatoriedade de caixões lacrados. Segundo Dantas et al. (2020), familiares de vítimas da COVID-19 relatam sentimentos de incompletude, irrealidade e, por vezes, fantasias acerca de troca dos corpos ou erro na comunicação do óbito. Esses fatores, aliado também ao fato de que muitos perderam mais de um membro familiar, fazem com que a morte e o luto durante a pandemia apresente especificidades que podem levar a uma dificuldade na elaboração do luto.

Diante do que foi exposto, é possível perceber que a pandemia é marcada pelo luto em todos os seus sentidos. Luto por amigos e familiares, pelas mudanças na rotina, pela perda de antigas referências de normalidade. Birman (2021) afirma que a pandemia implicou em uma ruptura radical de práticas de sociabilidade e de laços intersubjetivos, o que pode provocar mudanças nas bases do processo civilizatório. De fato, a pandemia é um evento para o qual não estávamos preparados e que obrigou a organização diante de novos moldes. Entretanto, ainda não sabemos qual o impacto dessas novas práticas de sociabilidade a longo prazo.

2.1 O Contexto Brasileiro

O Brasil apresenta algumas especificidades que devem ser consideradas ao se analisar o desenvolvimento e consequências da pandemia no país. O primeiro aspecto refere-se à desigualdade social. Pessoas em situação de vulnerabilidade social, condições precárias de moradia, com dificuldades ou ausência de acesso à saneamento básico, serviços de saúde e impossibilitadas de realizarem isolamento social são grupos mais vulneráveis não só à doença, como também às consequências biopsicossociais dela decorrentes. Além disso, nem toda a população tem acesso ou facilidade com o uso de TIC, o que implica no maior afastamento da rede de apoio e evasão escolar, podendo gerar mais estresse, tristeza, solidão e sentimento de desamparo. Devido a paralisação de atividades não essenciais, muitos ficaram desempregados, sem condições de sustentar suas famílias. Essas diferenças faz com que seja necessário a criação de políticas públicas sociais e de saúde que atendam a essas especificidades.

O discurso neoliberal é o segundo aspecto a ser considerado. Em suas falas e práticas relacionadas à pandemia, o presidente Bolsonaro privilegiou a economia e as práticas de mercado, incentivando o retorno das atividades econômicas presenciais (CAPONI, 2020; HUR; SABUCEDO; ALZATE, 2021; SILVA; BLEICHER, 2020). Através dessas falas, criou-se uma polaridade, como se lutar pela vida e lutar pela economia fossem coisas opostas. Para compreender essa polaridade, Capone ressalta:

> Para entender como se naturalizou essa lógica que defende a manutenção do mercado, mesmo que isso possa custar a vida de nossos seres mais queridos, é preciso lembrar que o neoliberalismo não só produz serviços e bens de consumo, ele também produz modos de ser sujeito. Um sujeito que reivindica por sobre todas as coisas sua liberdade de correr e assumir riscos; um sujeito empreendedor que acredita ser responsável absoluto por seus êxitos e fracassos, sem nada dever ou pedir ao Estado. A epidemia nos coloca perante a debilidade dessa razão neoliberal centrada na meritocracia e no sucesso, na construção do Capital humano e do Capital-saúde (BIHR, 2020), onde cada um tem que criar seu próprio seguro de saúde e assumir seus próprios riscos sem nada dever ao Estado (CAPONI, 2020, p. 217).

Dessa forma, o isolamento social passou a ser visto como uma imposição e uma afronta contra aqueles que desejam trabalhar. O Governo Federal e parte da população brasileira fizeram pressão para a volta das atividades econômicas e educacionais de forma presencial. Juntamente a isso, temos observado uma diminuição dos recursos para criação e manutenção de políticas públicas para populações em situação de vulnerabilidade social, como por exemplo o auxílio emergencial. Não podemos ignorar que nessa lógica, a principal parcela da população que sofre com as consequências é a população pobre e não-branca, em conformidade com a discussão anterior sobre a vulnerabilidade social no Brasil.

Em terceiro lugar, observamos um negacionismo científico que critica e coloca em dúvida as principais autoridades científicas nacionais e internacionais. O discurso negacionista apareceu em especial na figura dos representantes do Governo, como o Presidente da República, que não só subestimou a ameaça do vírus, como criticou as autoridades de saúde, demitiu ministros da saúde, defendeu o isolamento vertical, no qual apenas idosos e grupos de risco deveriam se isolar e incentivou o uso de medicamentos sem eficácia comprovada (SILVA; BLEICHER, 2020).

Hur, Sabucedo e Alzate (201) ainda acrescentam como estratégia do Governo Federal a criação de um inimigo, como forma de retirar suas responsabilidades pelas consequências da pandemia no país. Bolsonaro teceu diversas críticas ao governo chines, onde foram notificados os primeiros casos da doenças, insinuando inclusive que o vírus faria parte de um plano do governo. Posteriormente, teceu críticas à CoronaVac, produzida por laboratório chinês, desacreditando a eficácia e segurança da mesma. O mesmo ocorreu com as entidades de saúde, governadores e grande mídia, acusados de propagar pânico e aumentar a gravidade da pandemia. De mesmo modo, a cloroquina é entendida pelos autores como o antídoto contra o grande vilão, não por acreditar na sua eficácia, mas porque a sua existente permitia que a população sentisse confiante o suficiente para a retomada das atividades presenciais, voltando

novamente para a lógica neoliberal discutida anteriormente (HUR; SABUCEDO, ALZATE, 2021).

É importante ressaltar que se trata de uma doença nova, em que a própria ciência não possui respostas concretas. Novos estudos surgem a todo momento, contrariando aquilo que se acreditava saber e adicionando outras tantas informações, além das constantes mutações que o próprio vírus sofre, criando variantes mais transmissíveis e/ou letais. Nesse cenário, já desprovidos de certezas, o discurso negacionista tem ganhado espaço, fomentando o descrédito em relação à ciência e deixando a população insegura diante das informações contraditórias.

As divergências de narrativas impossibilita a criação de uma imagem comum a respeito da pandemia, gerando incerteza na população, que não sabe em quem acreditar. Segundo Birman (2021), o resultado disso é um estado de confusão mental, a partir do qual o sujeito consegue perceber a existência de algo no registro do real, mas não consegue registrá-lo simbolicamente, causando uma divisão psíquica. Dessa forma, tais práticas do governo brasileiro não só contribuíram para a menor adesão das medidas de proteção contra o vírus e atrapalhou a campanha de vacinação, causando o colapso dos sistemas de saúde e consequentemente maior número de mortes, como também um estado de confusão mental, que aumentou a sensação de desamparo na população.

Hur, Sabucedo e Alzate (2021) ainda acrescentam que, diante da insegurança, os afetos, em especial aqueles relacionados ao sistema de ataque e fuga, ficam sempre em alerta, contribuindo para o aumento da violência e intolerância, uma vez que o outro passa a ser visto como inimigo. Vale ressaltar, conforme exposto no primeiro capítulo, que a modernidade hoje é marcada por formas perversas de existência, que o outro enquanto alteridade é insuportável, portanto, a violência é marca da sociedade hoje (BIRMAN, 2016). Dessa forma, se faz necessário pensar a respeito dos impactos dessa realidade no psiquismo.

2.2 A atuação do psicólogo na pandemia de COVID-19

Diante do que foi exposto, é possível perceber que a pandemia produz impactos na subjetividade. Vale lembrar que, como dito anteriormente, o sofrimento nos atinge de três lados (FREUD, 1930/2010), sendo que a pandemia entrelaça essas fontes, uma vez que coloca em evidência a possibilidade da morte, por um vírus invisível e altamente transmissível, cujos cuidados para evitar contágio dependem também do outro (SILVA; BLEICHER, 2020). Diante disso, nos vimos não só desamparados e impotentes, como também tendo o sofrimento negado por discursos que minimizam a gravidade da situação. Partindo desse princípio, é possível entender que a pandemia da COVID-19 é uma situação potencialmente traumática, devido ao

excesso pulsional que não é possível de ser simbolizado, como também pelo segundo momento do trauma – o desmentido.

Diversos estudos têm sido realizados para verificar as consequências da pandemia na saúde mental. Depressão, automutilação, ideações suicidas, distúrbios do sono, alterações do apetite, comportamentos compulsivos, uso abusivo de substâncias psicoativas, aumento da violência e abuso sexual, em especial as violências intrafamiliar, são alguns exemplos (NABUCO, OLIVEIRA, AFONSO, 2020; NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020; SCHMIDT et al., 2020). É importante relembrar que a pandemia não atinge a todos igualmente. Alguns fatores são considerados estressores ou de risco para consequências na saúde mental, como estar em situação de vulnerabilidade social, apresentar transtorno mental anterior à pandemia, contrair a doença ou conviver com alguém infectado, luto, ser idoso, desemprego, perdas financeiras, quantidade de notícias e informações incorretas e/ou destoantes sobre a pandemia (NABUCO, OLIVEIRA, AFONSO, 2020; SCHMIDT et al., 2020). Portanto, é possível perceber que a Psicologia tem papel importante na pandemia e tem sido convocada a falar sobre isso.

Noal, Passos e Freitas (2020) destacam que situações de desastres como essa podem ocasionar reações normais diante de uma situação anormal, como medo, ansiedade, tristeza e estresse, sem que isso indique uma possível complicação psicopatológica, mas que nem por isso deve ser ignorada. Entretanto, nem sempre essa foi a perspectiva dominante. A Psicologia das Emergências e Desastres é um campo relativamente novo. Em 2021, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres. De acordo com o documento, o primeiro estudo sobre os efeitos psicológicos de desastres foi publicado em 1909 e 1911, pelo psiquiatra Edward Stierlin, a partir das reações de pessoas envolvidas em desastres em minas e ferrovias.

A evolução das pesquisas e estudos sobre o assunto se deu de forma gradual, com trabalhos esporádicos, sendo que nas décadas de 1960 e 70, os trabalhos focalizaram nas reações psicopatológicas individuais, como por exemplo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Conforme citado no documento do Conselho (CFP, 2021), trata-se de uma perspectiva psicopatologizante, como se fosse necessário um transtorno para validar o sofrimento. Entretanto, a partir das diretrizes do Inter-Agency Standing Committee [IASC] (2007), é possível perceber que a maioria das pessoas atingidas por desastres não desenvolvem transtornos e não necessitam de atendimentos especializados. Portanto, a maioria da população afetada pode ter o seu sofrimento atenuado a partir de estratégias que garantam o suprimento

das necessidades básicas, o acessos aos direitos sociais básicos e o apoio da comunidade (IASC, 2007; WEINTRAUB et al., 2015; IASC, 2007).

Vale ressaltar que a própria noção de desastre, inclui que o risco de desastre envolve uma ameaça e um cenário vulnerável e a capacidade de enfrentamento sendo, portanto, atravessado por questões sociais desde o princípio (BRASIL, 2017). Além disso, segundo IASC:

> As situações de emergências criam diversos problemas nos níveis individual, familiar, comunitário e social. Em cada um desses níveis, as emergências fragilizam os apoios de proteção das pessoas, aumentam os riscos de diversos problemas e tendem a agravar os problemas pré-existentes de injustiça social e desigualdade (IASC, 2007, p. 2).

Portanto, considerando a concepção de trauma que, para a psicanálise ocorre em dois momentos, uma perspectiva individualizante que ignora a trama social e patologiza o sofrimento contribui para o desmentido e, por consequência, o desenvolvimento do trauma.

Atualmente, a Psicologia está mudando seu enfoque sobre os desastres, considerando não só as suas consequências, mas também os fatores que o antecedem. Os psicólogos podem integrar as equipes de Defesa Civil, inserindo-se nas três fases do desastres: o antes, durante e o pós (CFP, 2021; PAULINO; SANT'ANA, 2018). Na fase de pré-desastre, o psicólogo atua na construção de estratégias de mitigação, prevenção e preparação para redução de riscos. Essas estratégias envolvem o mapeamento do território, identificação de situações de riscos, formulação de estratégias para evitar um desastre e para reduzir as consequências caso ele ocorra, treinamentos, simulações e capacitações para profissionais da saúde, líderes comunitários e população, além do fortalecimento das redes de apoio locais. Dessa forma, a população estará ciente dos riscos e mais preparada para lidar com o evento.

Durante o desastre, o psicólogo pode integrar a equipe de respostas, garantindo segurança, proteção, atendimento às necessidades básicas, fornecendo informações imediatas e realizando acolhimento e intervenções psicológicas emergenciais (CFP, 2021; PAULINO; SANT'ANA, 2018). Já na fase pós-desastre, o psicólogo auxilia na reconstrução da comunidade, através da avaliação do impacto, mapeamento das populações vulneráveis, treinamento em saúde mental e atenção psicossocial para profissionais de saúde e fortalecimento das redes de apoio locais (CFP, 2021; PAULINO; SANT'ANA, 2018). Importante ressaltar que a Psicologia e as demais equipes de respostas devem atuar com participação comunitária, considerando as instituições e estratégias de enfrentamento presentes

no território e as características da população atendida, promovendo a resiliência, autonomia e combatendo práticas de assistencialismo (CFP, 2021).

No caso da pandemia da COVID-19, a recomendação para os psicólogos é que os serviços sejam ofertados preferencialmente por meio das TIC, para evitar o contágio (ARAÚJO et al. 2020). Araújo et al. (2020) salientam que, até então, o uso dessas tecnologias na Psicologia ainda é muito recente, sendo uma novidade para grande parte dos psicólogos, gerando desafios para adaptação à nova modalidade.

Em relação às ações do psicólogo na atenção primária à saúde, Nabuco, Oliveira e Afonso (2020) recomendam a identificação das pessoas com fatores de risco para adoecimento mental; articulação entre os diversos setores para atendimento das demandas das pessoas em vulnerabilidade; orientação e psicoeducação para a população sobre o vírus e como diminuir o impacto na saúde mental e minimizar as barreiras para vivência do luto. Schmidt et al. (2020) também sinalizam que os psicólogos em geral podem elaborar cartilhas e vídeos informativos sobre reações consideradas normais nessas situações, estratégias de cuidado para minimizar o sofrimento durante o isolamento, o cuidado com a quantidade e a qualidade das informações recebidas, ofertar canais de escuta psicológica e fortalecer a rede de apoio, ainda que diante do isolamento físico.

No caso específico dos psicólogos hospitalares, que estão atuando na linha de frente diretamente com pacientes com suspeita ou confirmados com COVID e seus familiares, Grincenkov (2020) destaca o desafio para esses profissionais devido ao déficit da formação em psicologia diante do tema da morte e do luto, intervenções em emergência e desastres e modalidades de atendimento que fogem do modelo presencial. Quanto ao fazer, o psicólogo hospitalar deve trabalhar com as emoções e sentimentos decorrentes da internação pela doença e proporcionar condições que minimizem o desamparo do paciente e familiares (GRINCENKOV, 2020). Noal, Passos e Freitas (2020), afirmam que cabe ao profissional: a reestruturação do serviço para atendimento à COVID-19; orientar e realizar psicoeducação sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a restrição de visitas; acolhimento do paciente e seus familiares; identificar pacientes com maior vulnerabilidade; providenciar visitas virtuais, humanizando o atendimento hospitalar e acompanhar comunicação de más notícias. Rodrigues, Teixeira, Lins (2021) complementam que cabe ao psicólogo também a realização de psicoeducação com a equipe sobre a humanização do atendimento, além da psicoeducação sobre a saúde mental e incentivo ao autocuidado dos profissionais de saúde.

Os profissionais da saúde são um grupo que apresenta maior probabilidade de ter sua saúde mental afetada (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020), devido a sobrecarga do sistema de

saúde resultou na ausência de insumos e equipamentos de proteção individual e no aumento da jornada de trabalho, além da sobrecarga emocional de lidar com a morte e perdas cotidianamente. Portanto, além de já estarem mais expostos ao vírus, esses profissionais ainda lidam com a precariedade da condição de trabalho no país. O cansaço, estresse, insegurança e impotência tornaram-se sentimentos presentes em suas rotinas de trabalho. Ademais, deve-se levar em consideração o contato constante com a morte de pacientes e colegas de trabalho, o que pode levar ao questionamento sobre as próprias habilidades e competência na realização do trabalho. Bem como o medo de ser contaminado e ser responsável pela contaminação de pessoas próximas.

Percebemos, então, que profissionais da saúde estão muito vulneráveis ao vírus e às consequências biopsicossociais que a calamidade pública implica. Os psicólogos, enquanto profissionais que também atuam na área de saúde, estão expostos às mesmas consequências. O fazer psicológico em situações de crise requer não só o contato com o sofrimento do outro, mas também o reconhecimento da impotência e limitações do próprio exercício profissional, além da possibilidade de identificação com a história do paciente e outras consequências que podem dificultar o processo terapêutico e a intervenção em situação de crise (TOLEDO et al., 2015).

Segundo Toledo et al. (2015), os psicólogos que atuam em emergências e desastres são grupos de risco para o desenvolvimento de Transtorno do estresse pós-traumático, *burnout*, depressão e outras consequências na saúde mental. Além disso, Zur (2011, *apud* TOLEDO et al., 2015) afirma que psicólogos têm maior probabilidade de desenvolver depressão, ideações suicidas e fazer uso de substâncias em relação a outros profissionais da saúde. Nesse sentido, o trabalho diante dessas situações desorganizadoras, requer do psicólogo a criação de estratégias para lidar com o próprio sofrimento. Segundo Vasconcelos e Cury (2017) são escassas as pesquisas que considerem especificamente a experiência dos psicólogos em situações de desastres. Diante disso, surge o interesse em pesquisar a respeito de como os psicólogos que atuam na linha de frente estão vivenciando o desamparo durante a pandemia da COVID-19.

2.3 Percurso metodológico

2.3.1 Procedimentos para geração e análise dos dados

Nossa pesquisa se trata de uma pesquisa qualitativa. Segundo Flick (2004), a pesquisa qualitativa se ocupa em demonstrar as várias perspectivas e interpretações sobre o objeto de estudo, a partir da análise das práticas e das interações com o objeto e os significados subjetivos e sociais a ele atribuídos. Sendo assim, trata-se de uma pesquisa cujo objeto não pode ser quantificado ou compreendido através de experimentações em ambientes controlados, mas sim

estudado na complexidade das interações humanas na vida cotidiana. Considerando que é a partir do desamparo que o ser humano se constitui enquanto sujeito, a forma como ele é experienciado e as defesas utilizadas para lidar com ele são vivências subjetivas. Nesse sentido, o objeto de estudo dessa pesquisa não pode ser quantificado, apenas apreendido, configurando-se, então, em uma pesquisa qualitativa.

Para atingir os objetivos, utilizamos a Entrevista Narrativa como instrumento de geração de dados. Trata-se de uma entrevista não-estruturada e de profundidade, cujo objetivo é incentivar o entrevistado a relatar sobre sua vida ou sobre determinado acontecimento (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). A entrevista narrativa possui a vantagem de permitir entrar em contato com a realidade do informante, através da narração em detalhes e da revelação de aspectos que são mais relevantes para o sujeito pesquisado (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002), o que vai de encontro com os objetivos da pesquisa. Apesar de ser não-estruturada, a entrevista narrativa apresenta algumas regras e fases. No primeiro momento, o pesquisador irá entrar em contato com o campo de estudo, através de investigações preliminares. A primeira fase da entrevista propriamente dita consiste em explicar o procedimento para o informante e a introdução do tópico inicial, que conduzirá a entrevista. O tópico guia da entrevista deve possuir significância pessoal e social, além de ser abrangente o suficiente para incentivar a narração (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

Uma vez iniciada a narração, que constitui a segunda fase da entrevista, ela não deve ser interrompida até que o informante demonstre sinais claros de que terminou a história. Cabe ao entrevistador nesse momento fazer uso da escuta ativa e utilizar da linguagem não verbal ou expressões que demonstre interesse na história e incentive a narração. Após o fim da segunda etapa, inicia-se a fase de questionamentos, em que o entrevistador fará perguntas a fim de elucidar questões que ficaram faltando durante a fase anterior. A última fase, a chamada fala conclusiva, ocorre após a finalização da entrevista, quando o pesquisador e o entrevistado conversam informalmente. Essa conversa e as informações nela apresentadas podem conter dados para uma interpretação da narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

Nessa pesquisa, foi realizada uma entrevista individual de aproximadamente 1 hora e meia com três psicólogas. As entrevistas ocorreram de modo online, sendo duas realizadas através da plataforma Google Meet e uma na plataforma Zoom. Como critérios de inclusão na pesquisa foram aceitos apenas sujeitos formados em Psicologia e que atuam ou atuaram como psicólogos na linha de frente da pandemia de COVID-19. A seleção das participantes ocorreu por meio da amostragem de conveniência. Trata-se de um método não sistematizado de seleção, em que os participantes são escolhidos pela facilidade em acessá-los (FLICK, 2004).

Cabe salientar que, assim como qualquer outro método de pesquisa, a entrevista narrativa possui limitações. Flick (2004) ressalta que a habilidade de narrar é uma competência individual, ou seja, pessoas tímidas e introvertidas podem apresentar maiores dificuldades em participar desse tipo de entrevista. Jovchelovitch e Bauer (2002) acrescentam ainda que diferenças culturais em relação ao silêncio e a contação de histórias, situações traumáticas ou desconfiança em relação ao entrevistador, também influenciam as entrevistas. Nesse sentido, a amostragem por conveniência poupa esforços tanto na composição da amostra quanto na condução das entrevistas. Sendo assim, será realizado convite diretamente à psicólogos que atendem aos requisitos da seleção anteriormente apresentados.

Para análise das entrevistas, foi utilizada a Análise Temática, proposta por Bardin (2016). A análise temática é um tipo de análise do conteúdo que consiste em, a partir das narrativas dos participantes, "descobrir 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 2016, p. 135). No caso das entrevistas, Bardin (2016) propõe que seja realizada uma análise em dois momentos. Inicialmente, deve-se analisar cada entrevista individualmente, uma vez que elas são construídas de modo único, através da elaboração espontânea de cada participante. Somente depois é que se é possível realizar a transversalidade temática entre elas. Portanto, essa técnica de análise foi utilizada com intuito de encontrar temáticas similares e que se repetem entre os participantes ao longo das entrevistas.

A análise é realizada em três etapas, conforme previsto por Bardin. No primeiro momento, chamado de pré-análise, o objetivo é entrar em contato com o material e levantar as primeiras hipóteses. Nesse momento, o pesquisador faz uso da leitura flutuante, anotando impressões e observações daquilo que está lendo. A segunda fase é a exploração do material descrito como sendo uma fase longa e cansativa, em que o material será analisado e codificado diversas vezes. A última fase da análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que os dados são significados e validados (BARDIN, 2016).

2.3.2 Cuidados éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG), através da Plataforma Brasil, no dia sete de outubro de 2021, sendo aprovado no dia três de novembro de 2021. Após a aprovação no CEP, o primeiro contato com as participantes se deu por meio do Whatsapp. Primeiramente houve uma apresentação da pesquisadora, seguido da apresentação da pesquisa e realização do convite para participação. Após o aceite, as participantes receberam

o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisadora se colocou à disposição para responder qualquer dúvida. As entrevistas foram realizadas em janeiro de 2022, após a assinatura do Termo e todas foram gravadas e transcritas com a permissão das participantes. Para garantir o sigilo de toda e qualquer informação que possa identificar as participantes, os nomes aqui utilizados são fictícios.

Por se tratar de uma pesquisa que investiga uma experiência de atuação em contextos de risco e fragilidade, as entrevistas envolviam assuntos sensíveis que poderiam causar mobilização afetiva, resultando em desconfortos emocionais. Caso isso ocorresse, a entrevista seria interrompida, podendo ser retomada em outro momento, caso necessário. O direito de desistência em qualquer momento da pesquisa também foi garantido as participantes. Entretanto, isso não se fez necessário nessa pesquisa.

Em relação aos benefícios, Jovchelovitch e Bauer (2002) afirmam que toda e qualquer experiência humana é passível de ser expressa através de narrativas, sendo por meio dela que o sujeito organiza, encontra explicações e elabora a experiência. De mesmo modo, tendo a psicanálise como referêncial teórico, podemos pensar no lugar de testemunha. Por se tratar de uma experiência potencialmente traumática, é importante a presença de um outro que esteja fora da cena, mas que possa reconhecê-la (GONDAR; ANTONELLO, 2016). Nesse sentido, destacamos a possibilidade de relato da experiência profissional e a reflexão da própria história e a experiência como psicóloga. Essa reflexão pode construir caminhos para elaboração psíquica de situações dolorosas.

2.3.3 Participantes

Camila é uma psicóloga formada desde o início de 2020. Durante a graduação, sempre esteve voltada para área de psicologia hospitalar, realizando o seu estágio em um hospital. Após a conclusão da Graduação, Camila foi convidada para ser uma das psicólogas responsáveis por abrir o serviço na enfermaria de um hospital de campanha contra COVID em Aparecida de Goiânia. Apesar de inicialmente ter sido convidada para trabalhar na enfermaria, Camila também dava plantões na UTI. Ela também atuou na linha de frente em um hospital de campanha em Goiânia e atendia online na clínica. Atualmente trabalha em uma maternidade. A entrevista com Camila foi realizada no dia 24 de janeiro de 2022, pelo Zoom e teve duração de 1 hora e 23 minutos.

Gabriela é uma mulher, psicóloga que sempre se interessou pela Psicologia Hospitalar. Durante a graduação, teve a oportunidade de estagiar em uma maternidade. Após a conclusão do curso, optou por fazer residência multiprofissional em Urgência e Emergência. Gabriela

terminou a residência em 2020 e pouco tempo depois se tornou uma das psicólogas responsáveis por estruturar o serviço de Psicologia no hospital que está atuando até hoje. Inicialmente, o hospital funcionava como hospital de campanha para COVID, atendendo casos de enfermaria e UTI, mas atualmente é uma maternidade. A entrevista com Gabriela ocorreu no dia 18 de janeiro de 2022, através do Google Meet e teve duração de 58 minutos.

Luísa é uma mulher, psicóloga e psicanalista. Desde o início de sua graduação, Luísa sempre se interessou por políticas públicas, psicologia da saúde e psicanálise. Por esse motivo, fez estágio na área hospitalar e durante seu último ano do curso de Psicologia, decidiu prestar prova para residência multiprofissional na área de Terapia Intensiva. Luisa terminou sua residência em 2020 e pouco tempo depois recebeu o convite para trabalhar em um hospital de campanha contra COVID em Goiânia. Ela atuou na enfermaria e unidade de tratamento intensivo (UTI) do hospital por cerca de um ano e seis meses. Atualmente atua somente na clínica. A entrevista com Luisa foi realizada no dia 18 de janeiro de 2022, através do Google Meet e teve duração de 1 hora e 24 minutos.

CAPÍTULO 3
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao transcrever e analisar as entrevistas, foi possível perceber que o medo e a impotência são, provavelmente, os sentimentos que mais representam como foi atuar na linha de frente da pandemia nos primeiros meses do ano de 2020. Todos os profissionais relataram que estavam temerosos, cheios de incertezas e dúvidas diante do que fazer com os pacientes, de como garantir a própria saúde e das pessoas próximas, de como se comportar diante de um paciente e de como tratar uma doença para a qual não existia protocolo, medicamentos ou que sequer se sabia como ela afetava o organismo. Em sua fala, Luísa explica como era a atmosfera de um hospital de campanha nas primeiras semanas da pandemia:

> *Eu lembro a primeira vez que a gente subiu lá para ela me apresentar a UTI, os médicos e tal. E era uma coisa assim… um climão mesmo, todo mundo em silêncio. O que é muito diferente de um ambiente normal de UTI, que é todo mundo gritando e rindo e fazendo festinha todo dia. E aí, era um climão, todo mundo em silêncio* (Luísa).

Entretanto, após meses atuando nesse contexto, o medo foi diminuindo e o cansaço, o esgotamento físico e emocional e o sofrimento psíquico passaram a dominar a vivência dos profissionais de saúde. Somente com a chegada da vacina é que foi possível visualizar uma possibilidade de fim para aquela situação angustiante. Mas nossas participantes relataram que acabaram percebendo que, mesmo com essa dose de esperança, o fim da pandemia ainda estava longe de acontecer. A fala de Luísa exemplifica como foi esse período após meses de pandemia:

> *Enfim, era horrível, eu tava… Eu era outra pessoa, sabe? Eu estava sugada, esgotada, não tinha… Eu não tinha tempo para mim. Eu trabalhava sábado e domingo, dependendo da semana. E aí, medicada também, mas a medicação não era suficiente, né. Claro que a medicação não ia dar conta de tudo* (Luísa).

A partir das falas das participantes foi possível elencar cinco categorias temáticas de análise: a) desamparo e o medo da morte; b) desamparo e a rotina de trabalho; c) desamparo, trauma e (im)possibilidades de elaboração; d) outras estratégias de enfrentamento; e, por fim, e) vacinação: uma dose de esperança. Esses temas foram analisados e os resultados são discutidos abaixo.

3.1 Desamparo e o Medo da Morte

Atuar em uma situação de desastre sempre envolve estar imerso no contexto de crise, portanto, também estando sujeito a riscos (VASCONCELOS; CURY, 2017). No caso de uma situação de pandemia, os profissionais da saúde estão mais expostos à doença, correndo o risco de se contaminar e serem responsáveis pela contaminação de outras pessoas. Devido ao caráter de novidade do vírus SARS-CoV-2, não se tratava apenas do risco de contaminação, mas de não ter certeza de como o organismo iria reagir, como tratar e o que fazer para diminuir essa ameaça. Nesse sentido, a pandemia é uma situação real de perigo, tanto para o próprio sujeito, quanto para outros colegas de trabalho, amigos e familiares, gerando uma angústia realística, conforme o entendimento de Freud (1926/2014). O relato de Luísa exemplifica essa angústia:

> *Aí, meus primeiros dias foram muito assustadores mesmo. A primeira vez que eu entrei num quarto de um paciente com COVID, sabe? Tipo "Meu Deus, essa pessoa tem COVID". Essa coisa que a gente só via na TV e tal, e você tendo contato efetivo assim, foi bastante assustador para mim. Eu cheguei em casa nesse dia e chorei, chorei, chorei, porque eu realmente estava com muito medo de trabalhar* (Luísa).

Vale ressaltar que, como dito anteriormente, a pandemia entrelaça as três fontes de sofrimento indicadas por Freud, aumentando, portanto, a sensação de vulnerabilidade e desamparo. Nesse sentido, para lidar com a angústia real, foi necessário criar estratégias para minimizar os riscos de contaminação. Todas as participantes se preocupavam em estar sempre completa e corretamente paramentadas, vendo essa estratégia como uma proteção individual e coletiva. O uso constante de álcool 70 e a higienização após a rotina de trabalho também foram amplamente utilizados. Entretanto, Camila relatou que, no início, seu medo era tão intenso que só essa rotina não bastava, sentindo a necessidade de continuar com os cuidados inclusive dentro da própria casa para proteger também a sua família:

> *No começo eu tinha muito medo. Igual eu disse, era tudo desconhecido. Então eu me paramentava com 54 coisas. E luva. Eu sempre tive muito cuidado, aprendi rápido a desparamentar. Então sempre estava de luva, de capote, de propé, de toca, de face shield ou então só de óculos. Então eu tinha muito cuidado. E com a higienização. Quando eu chegava em casa eu não entrava pela frente quando eu trabalhava com COVID, eu entrava pelo fundo. Já deixava um álcool em cima da máquina para mim. Eu já tirava minha roupa e passava álcool em tudo. Álcool no meu sapato, álcool no meu óculos. Esse óculos aqui está todo desbotado de tanto álcool que eu passei nele. Era álcool no sapato, álcool na meia. Eu tirava todas as coisas que eu levava para o hospital e tacava álcool, higienizava, eu tinha um paninho que ficava lá. E eu corria para o banheiro. No começo eu ficava de máscara perto de todo mundo aqui de casa. Então assim, eu não tirava a máscara. Depois, quando eu fui*

> *começando a ficar um pouco mais tranquila, eu ficava sem máscara, mas ainda fazia esse processo de higienização* (Camila).

Segundo Birman (2021), diversas formações sintomáticas surgiram no contexto da pandemia como tentativas de amenizar a angústia, entre elas os rituais rigorosos de limpeza e isolamento, como forma de diminuir a sensação de vulnerabilidade. Qualquer falha no processo de higienização poderia ser sentido como uma possibilidade real de contaminação, gerando atos obsessivos-compulsivos. Não se trata aqui de negar a importância desses métodos para prevenção da doença, mas de entender que, para lidar com o desamparo, essas estratégias de controle podem aparecer de forma exacerbada na tentativa de aplacar o sentimento de estar exposto e desprotegido. A partir da fala de Camila, é possível perceber que, para muitas pessoas, sua rotina de higienização foi tida como intensa:

> *Minha amiga uma vez veio comigo aqui para casa para ela pegar o Uber para ela ir para a casa dela, e ela olhou "Amiga do céu, você passa álcool em tudo" aí eu "Sim! Eu moro com minha mãe e com meu pai, Deus me livre se eu passar alguma coisa para eles"* (Camila).

Da mesma forma, o distanciamento social também foi citado por todas as entrevistadas. Elas afirmam que não visitavam parentes e amigos, saíam de casa apenas para o necessário, conforme orientação das principais entidades de saúde no mundo. Entretanto, assim como Camila utilizou-se da máscara dentro da própria casa, Luísa também sentiu a necessidade de criar mais uma estratégia para redução de risco para seus familiares. A psicóloga relata que quando aceitou a proposta de trabalhar no hospital de campanha, também tomou a decisão de sair da casa dos pais. Luísa sentia que, por estar trabalhando na linha de frente, estava colocando a vida de seus pais em risco, o que para ela era insuportável:

> *Só que aí surgiu um outro problema, que eu morava com meus pais. Meus pais são idosos, com comorbidades e minha avó transita muito lá e tal, e eu não conseguiria trabalhar em um hospital, morando com meus pais. E aí, em uma semana, tive que decidir onde que eu moraria e... Foi uma loucura essa semana: decidi trabalhar nesse hospital de campanha com COVID, minha mãe quase morreu quando ela ficou sabendo* (risos), *e aí decidir onde morar também, né* (Luísa).

A angústia frente à morte era tão real que Luísa relata o pânico vivido quando foi diagnosticada com COVID pela primeira vez. Ela afirma ter sido contaminada com a doença três vezes ao longo desses quase dois anos de pandemia, considerando a data em que as entrevistas foram realizadas. Contudo, a primeira experiência, ainda em 2020, foi a mais

assustadora. No início, Luísa teve dificuldade em aceitar a situação, negando a possibilidade de estar contaminada, apesar dos sintomas. Entretanto, após a confirmação pelo teste, a negação deu lugar ao pânico:

> *Então pegar COVID para mim foi meio que uma roleta russa com a minha vida mesmo, assim. Do tipo: eu não sei o que vai acontecer, sabe? E a minha experiência de pessoas com COVID era a pior possível, que era a UTI, assim né, das pessoas realmente muito graves, que morreram, que ficaram intubadas, enfim. E aí começou duas semanas de pura angústia e pânico. E meus pais, longe, angustiados também. Aí a gente comprou um oxímetro… eu sem sintoma nenhum respiratório. Nada. Não sentia nada. Mas eu dormia com oxímetro no dedo, saturando 100%* (risos). *Mas era… eu acho que era isso, assim, que era possível para mim na hora, de diminuir meu desamparo mesmo, de não saber o que vai acontecer com minha vida* [...] (Luisa).

Para Luísa, ter COVID foi uma experiência de quase morte, apesar de apresentar apenas sintomas leves. A morte para ela era quase palpável devido à construção da imagem do que era a doença que ela construiu a partir da sua experiência e com a escassez de informações no início da pandemia, além de toda a incerteza que a doença tinha trazido. Por esse motivo, a angústia diante do real da morte foi vivenciada por ela enquanto pânico. No caso das outras participantes, a experiência foi totalmente oposta. Camila pegou COVID logo após tomar a segunda dose da vacina, enquanto Gabriela estava com a doença no dia da entrevista, em um momento diminuição das internações, flexibilização dos protocolos sanitários e com as três doses da vacina. Nesse sentido, é possível perceber que a experiência de estar contaminado é também influenciada pelo contexto em que ocorre e pelos recursos científicos disponíveis. Podemos refletir, a partir do que Freud (1930/2010) discorre acerca do mal-estar e do desamparo, que os recursos da ciência podem ser recursos que auxiliam a minimizar esse mal-estar causado pelo desamparo diante da ameaça da natureza.

No que tange à prática profissional, o terror da morte causava receio de estar com os pacientes no início da pandemia. Devido ao fato de o vírus ser um mal invisível e não palpável, a pessoa contaminada passa a ser a representação daquilo que antes era irrepresentável. O mal agora tem carne e osso e, portanto, é mais fácil de se evitar. Ter medo de ir ao encontro do paciente no leito, manter distância, evitar tocar, mesmo com luvas, foram comportamentos citados por todas as participantes da pesquisa. Nesse sentido, através do relato das pacientes, é possível perceber a despersonalização do paciente, que deixa de ser visto como uma pessoa e passa a ser visto como a própria morte. A fala de Luísa exemplifica essa situação:

> *E aí, eu lembro que no começo eu tinha tanto medo de estar com os pacientes que eu… E aí, minha amiga não tinha. E aí, a gente combinou que eu, então, entraria em contato só com os familiares por telefone, porque ela ficaria com os pacientes lá em cima e eu ficaria na salinha. Mas, obviamente isso não deu certo, porque não faz sentido a gente dividir um paciente entre família e ele, porque uma coisa é contínua da outra, né* [...]. *Com o paciente, a priori, nos primeiros dias teve essa desumanização, assim de "essa pessoa ela é o COVID, então eu não consigo chegar muito perto dela". Mas com o tempo também, eu fui vendo que era só mais um paciente, crítico, em precaução por gotículas, que eu tinha que atender usando N95. Foi isso, foi encarar de frente mesmo e… e escutar essas pessoas, escutar o que estava acontecendo* (Luísa).

A convivência com a doença, a experiência prática e o avanço da ciência fizeram com que o medo diminuísse. As entrevistadas relataram que medidas de higienização, os cuidados com a paramentação e o distanciamento social não deixaram de existir, pois são medidas de proteção de fato necessárias, mas a intensidade se modificou. Com o tempo, elas passaram a se sentir mais confortáveis e menos vulneráveis. Da mesma forma, a familiaridade permitiu o deslocamento da percepção do paciente como a representação do vírus, abrindo assim a possibilidade de encontro com o outro e da escuta do sofrimento, conforme apresentado na fala de Luísa acima e na fala de Gabriela, a seguir:

> *Mas depois foi ficando um pouco mais natural, né. Não no sentido de que eu banalizava, né, a possibilidade de ser contaminada ou o vírus. Mas quando eu me sentia um pouco mais confortável, no hospital mesmo, eu tirava um pouco a máscara, porque é insuportável ficar com aquele negócio o dia inteiro. Então já tinha um pouco mais de confiança de comer em alguns ambientes junto com os colegas. Então eu fui ficando com um pouco menos de medo* (Gabriela).

Nesse sentido, é possível perceber, conforme exposto no início do capítulo, que o medo era o principal sentimento no início da pandemia que, com o passar do tempo, foi diminuindo. Com isso, outros sentimentos foram surgindo, em especial aqueles relacionados à rotina de trabalho.

3.2 Desamparo e a Rotina de Trabalho

O segundo ponto de desamparo perceptível na fala das entrevistadas estava relacionado ao trabalho. A rotina de trabalho em um hospital de campanha era exaustiva. Na medida em que o contágio avançava e os hospitais ficavam lotados, a carga horária de trabalho aumentava, assim como o número de leitos sob a responsabilidade de cada profissional. As participantes relataram que eram responsáveis por cerca de 20 ou mais leitos.

E as demandas não se encerravam com o fim do expediente. Camila e Gabriela relatam que havia grupos no Whatsapp em que ficavam recebendo mensagens constantes, estando informadas 24 horas por dia sobre o que estava acontecendo dentro do hospital. Aliada a isso, tinha-se a dificuldade para encontrar insumos que estavam em falta em todo o país durante o primeiro ano da pandemia. Dessa forma, cansaço, impotência, insuficiência e culpa foram sentimentos percebidos nas falas das psicólogas. Questionamentos e dúvidas sobre como conseguir atender todos os pacientes, como fornecer um atendimento psicológico de qualidade para o paciente e a família diante, por exemplo, da falta de sedativos adequados para as necessidades do paciente, ou como lidar com a sensação de não estar fazendo o suficiente para aliviar o sofrimento dos pacientes. Sobre isso, Gabriela nos relatou:

> *E eu olhava para os lados e a equipe chegava e fala assim "Olha, o fulano do leito 15, do 23, do 16, do 5 e do 7 precisam ser intubados. Então vocês organizem. Quem tiver família para ligar, vocês organizem a visita". E a equipe de enfermagem louca atrás de bomba de infusão, louca atrás de ventilador. Eu olho para o lado assim, no corredor, eu fiquei sem saber o que fazer, porque situação muito complicada. E aí vem aquela conversa de, às vezes, não tinha o sedativo mais eficiente para aquilo que o paciente precisava. E aí eu ficava "Gente, o que eu vou fazer aqui? Enquanto psicólogo eu vou fazer o quê?". Então, eu sabia que era muito importante a chamada de vídeo que a gente fazia, mas me parecia muito pouco em relação a dimensão do problema, né* (Gabriela).

Além disso, as pandemias, de um modo geral, são caracterizadas por ondas e picos de contágios e mortes, e a pandemia da COVID-19 não foi diferente. Ao longo dos anos de 2020 e 2021, percebemos que havia um período de diminuição de casos seguido de um novo aumento na contaminação e nas internações e mortes. É pertinente relembrar que os vírus apresentam alta capacidade de sofrer mutações, surgindo cepas mais contagiosas e com características distintas das anteriores. Portanto, os profissionais, que já estavam exaustos com o final da primeira onda e contágio e mortes, tiveram que lidar com uma nova onda no final de 2020 e início de 2021, sentindo-se presos em uma espécie de repetição da vivência anterior, sem terem tido possibilidades de descanso e recuperação psíquica:

> *E assim, meio que desesperador quando você começa a enxergar tudo de novo. Porque parece que passa um filme na sua cabeça, de tudo que você viveu. Começa uma nova onda, vem um filme daqueles óbitos, daquelas paradas, daquela intubação uma atrás da outra, da família ali em cima do hospital. Então assim, está todo mundo muito cansado. Então, você vendo a equipe lutando com isso tudo* [...]. *Você vê um sofrimento e às vezes você se sente impotente diante daquilo. Eu falava assim "Não, eu não fiz o suficiente. Poderia ter feito mais". É difícil. E aí, com essas ondas, fica mais difícil ainda,*

> *porque acha que está controlando, mas parece que tá é piorando. O furacão não acaba não, está virando é uma tsunami já, não é nem um furacão mais (risos). E vem devastando tudo pela frente* (Camila).

Vale ressaltar que devido à novidade da pandemia, mudanças nos protocolos de atendimento eram recorrentes e apontadas por Gabriela como uma fonte de sofrimento e desgaste no trabalho:

> *Porque toda vez que eu começava construir alguma coisa, mudava. Então se eu começava a construir um documento em determinados moldes, mudava. Pensar que, por exemplo, "Ah, como que vai ser a minha avaliação ao paciente e a família? Como que eu vou fazer anamnese? Depois, como que eu vou fazer o acompanhamento? Como que vai ser?". E aí a gente tava conseguindo fazer bonitinho, né. Atendia o paciente, atendia a família, serviço que tinha demanda eu ligava algumas vezes na semana para esse familiar. Só que subiu tanto a demanda que eu não tava conseguindo acompanhar. Então esse meu o fluxo já não tava funcionando e eu precisava estruturar de novo. Ou "Ah, agora vai abrir enfermaria. Vai abrir tal coisa e a gente vai precisar se dividir". Então tudo eu tentava construir o negócio tinha que ser desfeito, tinha que começar do zero* (Gabriela).

Outro elemento causador de angústia na rotina de trabalho era o contato constante com a morte. Conforme exposto por Emrich e Lima (2021), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – e aqui acrescento os hospitais como um todo – foram pensados e construídos como um local para combater a doença e evitar a morte. Nesse sentido, a ameaça da morte está sempre presente. Apesar de fazer parte da rotina de trabalho do psicólogo hospitalar, precisar lidar com a morte de pacientes e o luto dos familiares trouxe uma cota de angústia e cansaço mais acentuada pela pandemia. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020 houve um aumento de 14,9% de óbitos em relação ao ano de 2019 (BRASIL, 2021). Diante do contato constante com a morte, as psicólogas relataram a necessidade de afastamento em relação aos óbitos, como forma de amenizar o próprio sofrimento, tornando a comunicação de más notícias um processo mecânico:

> *Então era muito esquisito para mim ter dias de eu passar cinco óbitos pela amanhã, né. E com decorrer do tempo, infelizmente isso vai virando um processo mecânico, porque eu acho que é uma forma da gente se defender também de toda aquela carga, né. Ninguém aguenta, assim. São cinco óbitos, são cinco famílias chorando, são cinco… né, cinco pessoas que a gente tem que ir lá dar o suporte. Isso é muito difícil, né* (Gabriela).

> *E eu acompanhei, de meio-dia às sete da noite, eu acompanhei oito óbitos, assim, sabe? Oito comunicações de óbitos. E é engraçado, porque na hora você não… a gente não consegue sentir o que que tá acontecendo, né. A gente*

> *tem que fazer e aí, talvez justamente por ter que fazer, a gente vai lá e faz, assim. Se eu ou qualquer profissional da saúde fosse, genuinamente, sentir cada morte que acontecia lá, ia ser impossível a gente tá lá. Tipo, como seria possível sentir oito óbitos, num dia que a gente acompanha esses oito óbitos? É impossível* (Luisa).

Além disso, Camila ressalta que, em um dos hospitais que trabalhava, o psicólogo também tinha que acompanhar o reconhecimento do corpo. Devido às caraterísticas do luto na pandemia, além do fato de não haver rituais de despedidas conforme os costumes da nossa cultura, o processo de reconhecimento era um momento intenso para a família e para o profissional que acompanhava. Camila relata ter tido muita dificuldade de lidar com essa parte do trabalho:

> *Então, aquilo para mim era algo ruim, porque eu não tinha feito nunca um reconhecimento. Lidava com morte, com óbito, com despedida à beira leito, mas não de ir num* [não compreensível na gravação], *o lugarzinho onde fica o corpo ali esperando a funerária e tudo, e presenciar abrir o zíper para pessoa falar é ou não é o meu familiar. Então, isso foi mexendo muito comigo. No começo falavam assim "Vão revezando entre vocês aí, psicólogos, para não ficar sobrecarregado". Eu fiquei acho que duas semanas sem começar a reconhecer. Eu falava sempre para alguém ir, "Não, pode ir. Gente eu tô corrida aqui na enfermaria". Tentava evitar, tinha um bloqueio com aquilo* (Camila).

Para além da difícil tarefa de lidar com o sofrimento do outro, as comunicações de óbitos eram uma constante lembrança da própria vulnerabilidade, acentuando o medo do vírus e da própria morte, conforme discutido no tópico anterior. Camila e Gabriela relataram que:

> *Eu vi pessoas da minha idade morrendo. Então, pensa. Eu via pessoas da idade dos meus pais, da idade do meu irmão. Então você atender pessoas assim, é difícil. Você vê um sofrimento e às vezes você se sente impotente diante daquilo* (Camila).
>
> *Isso foi muito, muito, muito pesado, porque se a gente vê uma menina nova né, a gente acaba pensando "Poxa, eu tenho um pouco mais de idade que ela e aí não volta mais para casa". Então é isso é muito triste* (Gabriela).

Nesse sentido, percebemos que a rotina de trabalho na linha de frente era uma reatualização do desamparo. É uma experiência exaustiva, repetitiva, em que não era possível visualizar um fim e uma lembrança constante da própria vulnerabilidade, gerando angústia frente à possibilidade real de aniquilamento biológico e psíquico. Em pesquisa recente acerca do desamparo na UTI, Emrich e Lima ressaltam que: "lidar com as situações de vida e morte, com os relatos e intercorrências dos pacientes, também provocam o psicólogo a entrar em

contato com o próprio desamparo" (2021, p. 11). Ademais, por se tratar de uma realidade atípica, a atuação no contexto da pandemia requereu dos profissionais a necessidade de reinventar uma nova prática, sendo outro fator de sofrimento.

3.2.1 Reinvenção de uma Prática

Devido aos protocolos sanitários, a paramentação teve que ser adotada por todos os profissionais de saúde, incluindo os psicólogos. Camila e Gabriela relataram ter tido experiências anteriores à pandemia com pacientes com doenças contagiosas – como a tuberculose – e que necessitavam de uso de máscaras e distanciamento. Entretanto, Camila ressalta que ela sabia apenas o básico acerca desses protocolos, pois não é um protocolo aprendido na faculdade de Psicologia e nem sempre necessário no estágio. Nesse sentido, a participante afirma que contou com a ajuda de outros profissionais para aprender a paramentar e desparamentar de forma correta e segura. Além de ser uma novidade, a paramentação também foi citada como um elemento de estranhamento principalmente devido ao fato de cobrir boa parte do rosto:

> *E tinha essa coisa da paramentação também né, todo mundo de N95, de face shield. Isso também era difícil, assim, para mim, porque… Acho que para qualquer pessoa. Porque a gente não via o rosto das pessoas, né. Era engraçado quando a gente se reunia no refeitório, a gente não reconhecia as pessoas, porque a gente só conhecia as pessoas totalmente paramentadas, assim. Era muito esquisito* (Luísa).

O rosto é mais do que aparência de uma pessoa, sendo também uma forma de se expressar. Através dos movimentos faciais é possível perceber as emoções em uma fala, uma ironia ou outro aspecto que pode ser perdido em uma comunicação puramente verbal. E trata-se não só da impossibilidade de visualizar o rosto dos pacientes e colegas de trabalho, mas também o fato de o próprio profissional estar muitas vezes escondido atrás dos EPIs. Diante disso, Camila afirma que sua postura diante do paciente teve que mudar a fim de diminuir o impacto que a máscara causava:

> *Às vezes eu olhava no espelho, tampava assim, colocava uma máscara aqui em casa e via como eu estava me expressando. Porque tem vezes que eles conseguem perceber até quando a gente tá com sono na hora do atendimento. Às vezes a gente tá lá e faz isso* [imita um bocejo] (risos). *Ter que controlar é difícil, não é fácil não. Então eles viam. E eu tinha que ser muito mais a Camila visual para ser a Camila fala, né. O tom da minha voz, a forma de olhar, o jeito que eu mexia os braços durante o atendimento* (Camila).

Contudo, exatamente pela impessoalidade que a máscara fornece, Luísa afirma que a paramentação era uma forma de proteção. Ela relata que por diversas vezes ficou emocionada durante os atendimentos, chegando a chorar em certos momentos, coisa que nunca tinha feito antes. Exatamente por inibir a visualização completa, Luísa se sentiu autorizada a chorar diante do paciente e da família. Nesse sentido, percebemos que os EPIs, apesar de em certos momentos serem fonte de angústia por representar algo novo, impessoal e um empecilho para a comunicação não verbal, por outro lado também serviram como uma espécie de armadura não só para proteção contra o vírus, mas também para descarga da angústia sem que o outro pudesse perceber esse afeto.

Além da paramentação, as entrevistadas relataram que a pandemia trouxe para o psicólogo o acompanhamento dos boletins médicos. Portanto, além do atendimento ao paciente, o acolhimento à família e as notificações de óbitos, as psicólogas tiveram que encaixar essa atribuição em suas rotinas. Isso, por um lado, podia resultar em uma troca interessante, pois era um momento de conversa com a equipe, em especial com o médico. Mas, por outro lado, Gabriela afirma que nem todos os profissionais compreendiam a importância desse momento, o que gerava desentendimentos e desgastes na relação com a equipe. Vale ressaltar que, segundo Noal, Passos e Freitas (2020), desentendimentos entre a equipe são esperados nesses momentos devido à situação de estresse em que os profissionais estão expostos. Gabriela nos relatou:

> *Então, no começo a gente passava visita médica com todos os familiares, a gente ligava, sentava do lado do médico para passar a visita, porque isso é uma coisa importante. Só que chegou um tempo que, primeiro, eu tava acompanhando 24 família, então eu tinha que, pela manhã, acompanhar 24 familiares, 24 pacientes, eu tinha que discutir caso com a equipe, eu tinha que evoluir. À tarde eu ficava a tarde inteira sentada ao lado do médico para ele passar a visita. E, para alguns, essa visita era importante, para alguns médicos, né. Então a gente conseguia fazer uma troca sobre os casos, era um momento importante que a gente ia discutir e conversar com o familiar. Só que em outro, a gente estava virando secretária de médico* [...]. *Então esse entrave com a equipe é também uma coisa que é um desgaste né, para gente, querendo ou não* (Gabriela).

Outra novidade no trabalho do psicólogo foi o atendimento via telefone com a família e a inserção de vídeo chamada na rotina de atendimentos. Esses relatos vão de encontro com a revisão integrativa da literatura realizada por Rodrigues, Teixeira e Lins (2021). Como retratado no segundo capítulo, os atendimentos mediados pelas TICs não eram comumente utilizados por psicólogos, sendo uma novidade para a maioria dos profissionais. Com as participantes da pesquisa não foi diferente. Elas relataram nunca terem feito um atendimento por telefone e o

fato de não ser permitido a visita familiar fez com que tivessem que reestruturar a rotina de atendimentos, adequando ao novo formato. É importante ressaltar que o atendimento por telefone requer outra postura por parte do psicólogo, pois, da mesma forma que a paramentação prejudica a comunicação não verbal, o telefone também afeta a comunicação e a expressão de afetos e emoções. Gabriela nos descreve essas mudanças:

> *Quando ele ia lá, a gente conseguia fazer reunião, a gente via que a confiança que ele tinha na equipe era outra. O contato que a gente tinha com ele, o jeito de explicar, de acolher era completamente diferente e era muito positivo. Mas isso era uma exceção, né, então a maioria dos casos tinha que ser por telefone. Então a gente tinha aquele gasto de energia de tentar passar segurança para familiar, de tentar organizar um ambiente, assim, minimamente acolhedor por telefone pro familiar, né, confiar na equipe, conseguir entender o que a gente está fazendo. Da mesma forma também é uma coisa que eu nunca tinha feito antes e que eu precisei começar a fazer, né, que é fazer uma vídeo chamada, mostrar o quarto do paciente através do telefone, mostrar "Isso aqui é o monitor. Isso aqui é ventilador. Isso aqui é assim. Isso aqui é assado". Então isso é muito diferente, muito diferente* (Gabriela).

Aliado ao fato de não poder entrar no hospital, o que era fonte de angústia para a família e o paciente, tinha-se também muita desinformação. Devido às divergências de narrativas, conforme apresentado no segundo capítulo, havia muita desconfiança em relação à atuação da equipe. Pacientes e familiares tinham dificuldades de acreditar na gravidade da situação, não permitindo certas intervenções – como a intubação – ou faziam uso indiscriminado de medicamentos sem eficácia comprovada. Isso não só gerava um desgaste para a equipe, que tentava explicar a realidade da situação, como também atrapalhava o trabalho e, consequentemente, o estado de saúde do paciente:

> *Então, interessante também perceber o movimento né, do começo da pandemia, porque nosso maior desgaste era em relação a tudo que a família via de fora, né… e o que não via também, né, porque no caso não podia entrar. Então, a gente recebia várias ligações de pessoas que ligavam brigando, xingando, ameaçando por telefone. E não tinha horário de visita. Então a gente tentava fazer uma vídeo chamada para amenizar isso, mas despertou todas as paranoias de quem as tinha, né. E foi… foi muito difícil, né, porque a gente via o que tava acontecendo lá dentro, que a situação era real, mas sempre caia para aquele lado político né, de que era uma coisa armada e que tinha que usar determinadas medicações. Isso era muito desgastante* (Gabriela).

Em situações desse tipo, as psicólogas relataram angústias devido à forma como eram tratadas pelos familiares dos pacientes. Relatos de gritos e xingamentos durante a conversa com familiares apareceram nas entrevistas. Ameaças e agressões foram citadas por Schmidt et al.

(2020) como um fator estressor para profissionais de saúde. Aqui cabe relembrar que as narrativas divergentes, conforme exposto no segundo capítulo, gera medo e angústia diante da incerteza, aumentando a violência e intolerância (HUR; SABUCEDO; ALZATE, 2021). Por serem uma das pontes de contato da família com o hospital, as psicólogas se tornaram o lugar de despejo de todo sofrimento que aquela família estava sentindo. Contudo, esse tratamento, somado a todo cansaço e impotência que elas já estavam sentindo, acabavam gerando mais sofrimento. Luísa desabafa acerca de algumas dessas situações:

> *E aí essa familiar liga lá, sete da manhã, e começa acabar comigo, assim. Grita e fala que era um absurdo, que eu era a pior pessoa. E assim, óbvio que eu sei que não era sobre mim. Era óbvio que não era sobre mim. Mas, era muito difícil ter um semblante lá também, sabe? Porque era isso, assim, era tudo muito… Era tudo muito atravessado, assim. A gente tava… Todos nós estávamos vivendo a mesma situação. Não era possível ter um afastamento completo quando a gente lida com COVID, porque todo mundo era suscetível a tá com COVID e se infectar ou perder alguém. Então, não dava para manter totalmente um semblante. E aí ela me liga, e acaba comigo, e me xinga e grita no telefone. E aí eu paraliso, assim. Eu fico escutando. Eu olho para minha amiga e não consigo falar nada e começo a chorar, assim. Eu tampo a boca do telefone, assim, e começo a chorar, chorar, chorar, chorar, chorar, chorar, chorar* (Luísa).

A desinformação somada às atitudes de familiares semelhantes à essa relatada por Luísa podem ser entendidas como o segundo momento do trauma. As psicólogas vivenciavam o horror diariamente e foram atravessadas por narrativas que negavam essas vivências ao mesmo tempo em que pessoas duvidavam das decisões da equipe e a acusavam de não estarem fazendo o suficiente. Portanto, suas vivências e o sofrimento que estavam sentindo eram negados e potencializados.

3.2.1 A perda da identidade profissional

Diante do que foi exposto, é possível perceber que a rotina de trabalho do psicólogo sofreu mudanças durante a pandemia, o que trouxe sofrimento diante da necessidade de reestruturar o serviço de forma recorrente. Barros-Delben et al. (2020, *apud* SCHMIDT et al., 2020) apontam que a ausência de experiência em situações de desastres de grande porte representa um fator de estresse, o que pode ser percebido na fala de Luísa que nos apontou a ausência de parâmetros para atuação nesse contexto como um fator de desamparo:

> *Muitas coisas novas a gente teve que aprender a fazer e aprender a construir, porque realmente não existia um parâmetro para atendimento a esse paciente, assim. Então, acho que o primeiro desamparo, o choque inicial foi esse de*

> *"Tô num lugar com uma situação totalmente atípica, que é a de pandemia, e eu tenho que reconstruir tudo que eu aprendi nos anos de faculdade e na residência, porque não cabe aqui.". E aí, esse foi o primeiro ponto, eu acho, de medo e de desamparo* (Luísa).

A discrepância entre o saber adquirido ao longo da trajetória profissional e a realidade causou uma perda da identidade profissional. Segundo Mazer e Melo-Silva (2010), identidade profissional do psicólogo é um conjunto de fatores que passa pela formação acadêmica, a vivência profissional, o significado de ser psicólogo e fatores pessoais, como o autoconceito a respeito das aptidões e habilidades. As psicólogas entrevistadas relataram interesse na área da saúde ao longo da graduação e a realização do estágio curricular em um hospital. Gabriela e Luísa também tiveram formação em residência multiprofissional. Durante esse tempo, as participantes construíram representações do fazer do psicólogo nesse local. Entretanto, a pandemia mudou radicalmente a rotina do hospital, de forma que aquilo que foi aprendido precisou ser adaptado. Diante disso, Gabriela e Luísa relataram não se reconhecerem naquilo que estavam fazendo:

> *Mas eu tenho tentado pensar em outras coisas, ver a minha prática de uma outra forma, para tentar me resgatar mesmo né, enquanto psicóloga, porque às vezes… Às vezes não, eu senti que eu perdi mesmo. E aí fica aparecendo que o nosso papel lá dentro – e a gente, às vezes, pega isso mesmo como nosso, porque é um trabalho menos difícil, mais automático, né, como psicóloga. Faz a chamada de vídeo, leva o tablet para a família conversar e, às vezes, é mais fácil fazer isso, né. Mas a gente perde totalmente a identidade do que a gente faz lá dentro* (Gabriela).

> *E aí a gente falava "Gente, mas, sabe? Eu não estudei para isso." Sabe aquela coisa assim, de "Meu deus, qualquer pessoa pode fazer isso, por que eu tô aqui fazendo isso?". Mas, enfim, assim, era importante, né. A pessoa que tava lá internada e a família dela não tinha nada a ver com esse "eu não aguento mais", assim, né. Se a gente não fizesse ninguém ia fazer, então…* (Luísa).

A pandemia lançou as psicólogas em uma situação que podemos aproximar ao desamparo original, teorizado por Freud (1926/2014), em que não havia referencial para aquilo que estavam vivenciando. A ausência de conhecimento sobre o que fazer ou como fazer e a angústia do não saber fizeram com que elas não se reconhecessem naquilo que faziam, perdendo, assim, parte da identidade de psicóloga hospitalar construída anteriormente.

Aliado a isso, podemos pensar na pandemia como uma ferida narcísica. De acordo com Freud (1914/2010), o narcisismo primário nunca é totalmente superado, visto que há uma tentativa de restauração da experiência de perfeição e onipotência experienciado pelo bebê. Nesse sentido, o Eu ideal infantil é substituído pelo ideal de Eu, em que o sujeito, influênciado

também pela cultura, projeta para si um ideal, tendo satisfação a cada experiência de realização ou confirmação desse ideal, recuperando parte da experiência de onipotência. Nesse sentido, a pandemia funciona na contramão dessa experiência, uma vez que a identidade profissional construída foi rompida por não dar conta da realidade de atuação nesse contexto, portanto não há confirmação do ideal de Eu. A pandemia coloca em evidência a castração, ou seja, a incompletude constitutiva do sujeito, que é incompatível com a onipotência infantil. Isso pode ser compreendido através da fala de Gabriela exposta no início deste tópico, em que a psicóloga relata a sensação de que o trabalho do psicólogo na linha de frente parecia pequeno diante da dimensão do problema, fazendo com que se sentisse insuficiente dentro do ambiente hospitalar diante de uma pandemia que estava matando milhões de pessoas no mundo todo.

É possível pensar essa ferida narcísica inclusive para dentro da própria Psicologia, visto que, conforme exposto no segundo capítulo, apesar de situações de emergência e desastres gerar intenso sofrimento devido às rupturas que eles provocam, esse sofrimento pode ser atenuado através da garantia de direitos humanos e da dignidade da população afetada. Apenas uma pequena parcela da população necessitará de atendimentos especializados (IASC, 2007), no qual se enquadra a psicologia clínica. Nesse sentido, os desastres provocam uma ruptura no modelo clínico, ainda predominante na Psicologia. Ferenczi ainda discorre sobre a necessidade do analista reconhecer a insuficiência tanto do seu saber quanto da sua ajuda, evitando se colocar em uma posição de superioridade diante do paciente, permitindo emergir dali a experiência do próprio sujeito (GONDAR; ANTONELLO, 2016). Ou seja, situações de desastres rompem também com a construção da própria imagem da Psicologia e da Psicanálise e com a posição de onipotência que muitas vezes elas se colocam, fazendo com que não só as psicólogas sintam-se insuficientes, mas a própria Psicologia.

Devido ao fato da gestão de emergência e desastres ser uma área recente dentro da Psicologia, a maioria dos psicólogos não possui formação teórica e prática para atuação nesses contextos. Segundo o CFP (2021), uma das atribuições do psicólogo na gestão de risco e desastres na fase de pré-desastre é a capacitação das equipes em atenção psicossocial em desastre, além do trabalho intersetorial com a assistência social e de saúde para aprimoramento das estratégias de prevenção e mitigação. A formação e capacitação fornecem suporte teórico e técnico, construindo assim um repertório de atuação que pode diminuir o desamparo dos psicólogos que estão atuando na assistência à saúde. Nesse sentido, evidenciamos a importância da inserção da Psicologia nos debates para gestão e atuação em situações de emergência e desastres como uma forma também de mitigação do sofrimento dos trabalhadores da saúde.

3.3 Desamparo, Trauma e (Im)possibilidades de Elaboração

Diante do que foi exposto, é possível perceber que atuar na pandemia impôs o contato com uma realidade para a qual não havia referências, além de colocar em evidência a nossa vulnerabilidade diante da vida. Nesse sentido, a angústia foi acionada, tornando-se um afeto predominante no dia a dia dessas profissionais. Essas situações eram vividas em quantidades, velocidades e intensidades que, nas palavras de Luísa "*foi fazendo registro à medida que a gente não dava conta de elaborar mesmo o que tava sendo registrado"*. Portanto, não permitiam tempo para que fosse possível compreender tudo que estava acontecendo. Diante disso, as psicólogas relatam dificuldades em colocar em palavras o sofrimento que vivenciaram durante esse período, conforme podemos observar na fala de Gabriela:

> *Mas o cansaço que eu vivi nesse tempo né, é indescritível. A gente conversa de vez em quando, eu e minhas colegas, sobre a experiência que foi, e tem coisa que a gente não consegue nem botar em palavras, porque o sofrimento é tamanho, né. Tanto pela demanda de serviço, tanto pela demanda emocional* (Gabriela).

Conforme exposto no primeiro capítulo, uma experiência potencialmente traumática envolve, no primeiro momento, uma vivência de choque, um excesso de pulsões que rompe a barreira de proteção, invadindo o psiquismo sem que seja possível prever ou se preparar para tal. Esse excesso do qual o psiquismo não deu conta fica livre, impossibilitado de ser assimilado, até que consiga se ligar à uma cadeia de significantes, a partir do qual pode ser representado (FREUD, 1926/2014). Por esse motivo uma situação traumática é uma reatualização do desamparo original, porque se aproxima às condições em que o sujeito não tinha mecanismos para prever a situação de perigo, bem como não possuía recursos para dar sentido às pulsões. Seguindo na perspectiva de Ferenczi, é voltando-se para o outro que o sujeito é capaz de dar sentido ao vivido, seja buscando um significado ou pelo menos uma testemunha (OSMO; KUPERMAN, 2012).

No caso da pandemia, percebemos que o caráter de irrompimento brusco da normalidade, tanto pela descoberta de uma nova doença letal e bastante contagiosa, quanto pela necessidade de reinventar uma prática, coloca em evidência a ausência de recursos para lidar com a situação no nível psíquico. Nesse sentido, é possível compreender a impossibilidade de colocar a experiência em palavras, conforme apontado por Gabriela. Mas aquilo que não é possível de ser dito deixa marcas e encontrava formas de fazer efeito:

> *E eram coisas assim trágicas, trágicas. De sair de lá derrubada mesmo. E a gente sente no corpo essas coisas, né. Então cansei de chegar em casa com pescoço doendo, com a cabeça doendo, com a coluna doendo, né, porque o corpo vai sofrendo com isso mesmo* (Gabriela).

Uma das formas em que essas marcas se fazem presentes, além dos efeitos no corpo, é através de sonhos e rememorações. Ao discorrer sobre o trauma, Freud (1926/2014) afirma que os sonhos na neurose traumática não estão à serviço do princípio do prazer, mas para além dele, uma vez que o princípio do prazer é inicialmente posto de lado no traumático, devido a sua impossibilidade de fazer registro. Pensando sobre a noção de memória presente na teoria freudiana, Maldonado e Cardoso (2009) afirmam que, no trauma, as memórias não podem ser ditas como lembranças. Isso porque as lembranças nunca são os fatos em si, mas reedições deles, uma vez que passam pelo processo de reelaboração através de outras experiências. Nesse sentido, as lembranças seriam uma realidade dotada de um sentido reconstruído ao longo da vida do sujeito, sendo reguladas pelo princípio do prazer. Entretanto, se o trauma está além da capacidade de simbolização, portanto, além do princípio do prazer, ele não pode se fazer enquanto lembrança. Ao invés disso, o sonho traumático está à serviço da compulsão à repetição (FREUD, 1926/2014). Diante disso, aquilo que se lembra no traumático é, na verdade, uma repetição do evento em si, que se apresenta para o sujeito em forma de sonhos, *flashbacks* e atos (MALDONADO; CARDOSO, 2009). Nas falas abaixo, é possível perceber experiências nesse sentido relatadas pelas entrevistadas:

> *Tem coisa que ainda tá aqui e que eu não consegui ainda externalizar. Esse é o mais chato, esse é o mais difícil, porque a gente fica remoendo as coisas. Tem dia que eu tenho pesadelo. De vez em quando eu tenho pesadelo, porque foi tudo muito difícil, foi tudo muito intenso* (Camila).

> *Cara, isso é uma coisa que é muito foda que, as vezes eu tô de boa na minha casa e do nada vem um caso, assim, uma história pesadíssima, sabe? Porque eu acho que é isso, agora que eu tô conseguindo me permitir sentir e, talvez, dando conta mesmo de sentir o que eu deveria ter sentido na época e não conseguia. Mas, assim, direto. Ontem eu tava aqui em casa assistindo TV, fazendo uma coisa totalmente aleatória, e aí mínimas coisinhas, uma situação mínima já é gatilho para eu lembrar de alguma coisa que aconteceu no hospital* (Luísa).

Segundo Ferenczi, o sonho traumático contém duas funções (GONDAR; ANTONELLO, 2016). A primeira delas é transformar a experiência em imagem, visto que a imagem representa algo e pode ser traduzida ao outro. Ou seja, o sonho seria uma primeira tentativa de representar o traumático. A segunda função do sonho é a repetição do trauma, visto

que isso permite diminuir o choque da experiência. Segundo Freud (1926/2014), a repetição permite vivenciar a angústia que falhou como sinal na situação traumática, permitindo assim, que o sujeito possa adquirir certo controle da situação. Nesse sentido, Gondar e Antonello (2016) afirmam que os sonhos servem como uma espécie de vacina, ou seja, uma dose de veneno que o sujeito aplica em si mesmo, com objetivo de adquirir anticorpos. Portanto, através das imagens do hospital que se repetem nas memórias das entrevistadas, há uma tentativa de diminuição do horror e, consequentemente, uma possibilidade para elaboração da experiência vivida.

É importante ressaltar que a impossibilidade de fazer registro parte não só do excesso pulsional que extrapola a capacidade de psiquismo de lidar com ele, mas também da impossibilidade de sentir. Essa ideia pode ser compreendida pela fala de Luísa:

> *E aí eu lembro que eu contei essa cena, assim, para minha analista na época. E era engraçado, porque na época eu não conseguia sentir o que eu sinto hoje, agora, te contando, sabe? Era uma coisa meio que banal, assim, de… Não era banal. Era… Eu sabia que era absurdo. Todo mundo sabia que era absurda. Mas era como se a gente não permitisse sentir aquilo assim, porque ou sentia e saía, ou não sentia e continuava trabalhando, assim sabe?* (Luísa).

Conforme exposto no segundo capítulo através da análise de Caponi (2020), a lógica neoliberal colocou o trabalho acima da vida, além de responsabilizar o sujeito pela condição em que se encontra. Nesse sentido, continuar trabalhando era uma necessidade. Em se tratando de profissionais de saúde, pode-se pensar que esse peso é maior, visto que eles são quem garantem as possibilidades de sobreviver apesar da contaminação. Aliado a isso, tem-se a sociedade do espetáculo, conforme exposto por Birman (2016), que prega a exaltação do Eu, o que é incompatível com o sofrimento. Nesse sentido, não há espaço para a elaboração do sofrimento, uma vez que para elaborar é necessário primeiramente entrar em contato e, posteriormente, tempo para atribuir (re)significados. Nessa lógica, Luisa comenta sobre a culpa e a negação do próprio sofrimento quando, por motivos de adoecimento psíquico, se afastou temporariamente do trabalho:

> [..] *E aí no mesmo dia eu falei com o psiquiatra, que era meio conhecido meu, assim, e consegui uma consulta para o outro dia. Fui lá, ele me medicou e me deu um atestado de 15 dias* [...]. *E aí, o nível de adoecimento era tanto, assim, que eu não consegui descansar esses 15 dias. Eu ficava o tempo inteiro perguntando para as meninas como é que tava lá. Já comecei a achar que era frescura minha. Já comecei a achar que era frescura minha eu ter pego esses 15 dias, que as meninas estavam sobrecarregadas lá, que eu afastada não tinha ninguém para fazer minhas coisas e que aumentou o número de leitos*

> *para cada uma e que eu tinha que voltar logo. Tanto que depois de 15 dias, eu retorno ao psiquiatra que ele diz "Eu acho que você precisa de mais 15 dias", e eu "Não posso tirar mais 15 dias. Não, não posso". E aí eu não conseguia deixar as meninas lá sozinhas, e voltei* (Luísa).

De maneira semelhante, Camila relata sofrimento diante da impossibilidade de trabalhar durante o período em que estava com COVID. Porém, diferentemente de Luísa em cuja narrativa é possível perceber o sentimento de culpa, a experiência de Camila estava relacionada com a possibilidade de sentir, uma vez que a intensa rotina de trabalho estava sendo utilizada por ela como uma estratégia de defesa para evitar entrar em contato com o próprio sofrimento:

> *Então era difícil lidar com isso também, de eu ter que parar durante quinze dias de trabalhar e ter que ficar em casa, foi desesperador. Eu que não tava parando desde maio de 2020, não tinha férias, não tinha nada. Então para mim foi difícil, o meu emocional ficou totalmente horrível. Fudido, lascado, né. Então assim, em fevereiro, isso foi em fevereiro do ano passado, eu estava dando plantão todo dia no XXX* [nome do hospital de campanha], *eu fazia onze plantões seguidos, e aí do nada Camila não pode ir mais, porque Camila está com COVID. "Misericórdia, eu vou morrer dentro dessa casa, eu vou dar um surto psicótico aqui* (risos)*. Eu preciso ir para o hospital"* (Camila).

Atualmente, em 2022, nenhuma das psicólogas atua mais na linha de frente da pandemia. Vale ressaltar que atualmente houve uma diminuição dos casos e flexibilização das restrições e medidas de segurança adotadas por estados e municípios, a partir das recomendações das entidades de saúde. Nesse sentido, Luísa acredita que somente agora está sendo possível e permitido sentir aquilo o que foi vivido, conforme foi exposto em citação anterior. Situação parecida foi apresentada por Camila, como pode ser visto na fala abaixo:

> *Só agora que saí dali que vai vindo as coisas, vou elaborando tudo aquilo que eu vivi ali dentro. Então tem momentos que eu me isolo aqui em casa que todo mundo fala "Gente, a Camila não tá normal, não". Eu me isolo, porque às vezes vem uma coisa ou outra que eu lembro e me dá vontade de chorar. E tá tudo bem, né. Eu vou dando significados aos poucos para isso tudo, não é de uma hora para outra que eu vou dar… Tive um óbito e eu já estou dando um novo significado para ele amanhã. Não, não é assim. Tem tempo, um tempo para digerir, né, todo o meu sofrimento, o sofrimento dos outros que eu vi ali* (Camila).

Devido a tudo que foi apresentado até agora é perceptível como a pandemia foi, e ainda é, uma situação de reatualização do desamparo. Devido a isso, é importante ressaltar a experiência de Luísa. A psicóloga afirma que, diante de tudo que viveu, acredita que a pandemia levou uma parte dela, aquela que enxergava potencialidade na vida:

> *E eu sinto também que esse período… eu já até escrevi sobre isso assim, de… Parece que tudo isso que eu vivi né, nesse um ano e meio que eu fiquei lá, fez com que alguma coisa dentro de mim se apagasse, assim sabe? Parece que eu perdi um pouco a aposta que eu tinha na vida, assim. De… De tipo, de chegar à conclusão de que, talvez, a gente esteja sob total desamparo mesmo, assim. De não tem um sentido maior que isso, sabe? Tipo, se existe algo maior que isso, como é possível tanta tragédia ter acontecido, assim? Eu sinto que agora eu tô no momento que eu não consigo mais, assim, apostar que existe algo melhor, sabe? Um futuro ou mesmo após a vida, assim sabe? Assim, eu espero muito que daqui algum tempo eu consiga me curar disso e conseguir apostar de novo na vida. Mas eu acho que eu tenho sentido agora e hoje, assim, depois disso tudo, é isso. O que tá ficando um pouco é isso assim, de parece que eu nunca vou ser feliz de novo, sabe? É uma… é isso. Tipo, eu tô em algum momento feliz e aí, do nada, vem alguma lembrança, assim sabe? Alguma coisa nesse sentido. E ao mesmo tempo que vem essa sensação de que a gente tá ao léu mesmo, sabe? Como é possível, assim? Como é possível ter acontecido tudo isso que aconteceu, sabe?* (Luisa).

Conforme apresentamos anteriormente, tragédias, desastres e calamidades, como a pandemia da COVID-19, são caracterizadas por perdas e demandas pelo luto, uma vez que envolvem perdas humanas, materiais e simbólicas. Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917/2010) afirma que o luto envolve um trabalho lento e doloroso em que a libido ligada ao objeto amado – agora perdido – retira-se dele, tornando-se livre e podendo ligar-se a outros objetos. Durante esse processo, é comum a vivência de tristeza, a diminuição dos interesses no mundo externo e a dificuldade de eleger um novo objeto de amor. Grande parte da energia psíquica nesse momento fica à disposição da realização desse trabalho de luto. No caso de situações como da pandemia, perdem-se incontáveis objetos de amor em curto espaço de tempo, sendo necessário a realização de diversos lutos.

Vale ressaltar que, devido às divergentes narrativas, em especial àquelas ditas por figuras de autoridade do governo, resultam na deslegitimação do sofrimento advindo da pandemia. Nesse sentido, o luto não encontra espaço social para ser autorizado, legitimado e elaborado. Diante dessas dificuldades, o luto pode tornar-se um processo complicado, podendo inclusive gerar uma melancolia. Segundo Freud (1917/2010), a melancolia apresenta semelhanças ao luto, uma vez que também é uma reação a um objeto perdido, porém, nesse caso a perda do objeto é subtraída da consciência, permanecendo inconsciente. A libido agora livre, ao invés de ligar-se a outro objeto, recua para o próprio Eu. O resultado disso é que parte do Eu fica identificado com o objeto amado. Dessa forma, a perda tornou-se uma perda de parte do Eu. Nesse sentido, Freud afirma que, no luto normal, ocorre um esvaziamento do mundo

externo, ao passo que na melancolia esse esvaziamento é sentido no próprio Eu, resultando no rebaixamento da autoestima presente nesses quadros.

Diante do quadro exposto, Birman (2021) ressalta a depressão e a melancolia como formações sintomáticas presentes na pandemia, tanto como resultado de um luto patológico de uma ou mais pessoas, bem como pela diminuição das interações sociais e o afastamento, ainda que físico, da rede socioafetiva. Nesse sentido, é possível compreender a desilusão e esvaziamento sentindo por Luísa como próprio do processo dos diversos lutos que vem vivenciando, mas que também ressalta a importância de darmos a devida atenção aos processos de elaboração do luto.

3.3.1 O Não Reconhecimento do Sofrimento do Psicólogo

Na literatura, é possível encontrar diversos estudos que versam sobre o adoecimento mental dos profissionais da saúde durante a pandemia (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020; SCHMIDT et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020). Entretanto, conforme apontado por Teixeira et al. (2020), os artigos costumam abordar o termo "profissionais da saúde" de forma generalizada, e a grande maioria tem como sujeitos de estudo médicos e enfermeiros. Entretanto, conforme lembra os autores, existem diversos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, cada qual com sua função, dentro de instituições em que há hierarquias de poder. Nesse sentido, estudos que abordam esse tema de forma generalizada acabam por ignorar as diferenças e especificidades de cada profissão e, por consequência, as formas como a pandemia afeta cada um deles.

Nas falas das participantes das pesquisas, é possível perceber que existia por parte do hospital uma demanda por atendimento psicológico aos profissionais, devido ao estresse causado pela pandemia. Entretanto, essa cobrança ignorava o fato de que as psicólogas também faziam parte da equipe, portanto passavam por dificuldades semelhantes, além de não darem conta da demanda de atender os pacientes, a família e os colegas de trabalho. Gabriela e Luísa relataram:

> *E eu percebi também uma cobrança muito grande, uma expectativa muito grande de outros profissionais, em cima do psicólogo, né. No sentido de que "Você é psicóloga, tem que me atender. Eu tô sofrendo". Mas eu também sou equipe, eu também tô sofrendo, né. E como é que eu vou fazer? Então no começo, quando tinha pouco paciente, eu me propus a isso, por um tempo, mas depois foi ficando insustentável, né. E a gente precisou pensar num projeto mesmo, para encaminhar esses profissionais que estavam precisando de atendimento psicológico. Então, eram atendidos por pessoas que se*

> *voluntariaram né, fora do hospital, mas a gente mesmo não conseguia* (Gabriela).
>
> [..] *E ao mesmo tempo que nós psicólogos eramos muito cobrados a dar conta do sofrimento dos profissionais. Então, a XXXX* [organização social que administra o hospital] *ela sempre exigia da gente fazer roda de conversa, fazer campanha de Setembro Amarelo. Setembro de 2020 foi muito engraçado, porque teve esse Setembro Amarelo… todas nós tomando medicação psiquiátrica, todos nós em sofrimento psíquico, falando de saúde mental, sabe?* (risos) (Luísa).

Gabriela e Luiza continuam a pensar a respeito dessa atitude. Na percepção das entrevistadas, há uma ideia a respeito do psicólogo como aquele que dá conta de todo o sofrimento, afinal o seu trabalho é escutar a dor do outro e auxiliá-lo no enfrentamento:

> *E essa é uma coisa que me incomodou de uma forma muito grande, porque a gente não era reconhecidas como pessoas que sofriam lá dentro, né. Então a gente era a pessoa da plenitude, tinha que ter a paciência, que tinha que saber se virar diante de tudo que acontecia, por maior que a desgraça fosse* (Gabriela).
>
> *Como se… porque eu acho que isso assim, dentro de um hospital, em contato com outras profissões, tem-se a ideia de que o psicólogo é essa pessoa que não… É essa pessoa toda, assim, que vai dar conta de todo sofrimento e não tem furos… Ela não tem furos, assim, ela não sofre. Então, isso exigia muito da gente, no sentido de que a gente tinha que fazer essa roda de conversa. Direto tinha que fazer ação para escutar os profissionais. Mas a gente não era escutado. A gente promovia essas escutas* (Luísa).

Nesse sentido, é possível perceber que, para as entrevistadas, a experiência do psicólogo é muitas vezes negado dentro do hospital através de duas formas: 1) o não reconhecimento do psicólogo como membro da equipe, portanto sujeito à condições semelhantes de trabalho, dada as especificidades de cada profissão; 2) a desumanização do psicólogo, uma vez que ele deve ser capaz de lidar com qualquer sofrimento sem ser afetado por isso. Ao falar sobre o desmentido, Osmo e Kuperman (2012) afirmam que "as possíveis reações dos adultos, no sentido de produzir o traumático na criança, seriam: dar provas de incompreensão; punir a criança; exigir dela um heroísmo da qual ela ainda não é capaz; ou reagir com um silêncio mortífero" (p. 332). É possível perceber pela falas das entrevistas que o hospital se utilizou das duas últimas reações. Dessa forma, esses relatos podem ser entendidos como situações que se aproximam do desmentido, uma vez que os seus sofrimentos foram desautorizados. Camila, por outro lado, apresenta uma vivência diferente, relatando certo acolhimento e reconhecimento nos hospitais em que trabalhou:

> *Eles viam, a equipe como um todo, via a gente como essenciais ali dentro. Então eles viam quando a gente tava pesado, quando a gente tava angustiada. Eu falo que eu criei muitos vínculos ali dentro. Então na enfermaria que eu ficava, porque eu era da enfermaria, mas prestava plantão também na UTI, mas o meu mesmo era de enfermaria. Na enfermaria, os médicos que estavam de prescrição, de plantonista, tinha dias que eu chegava dava bom dia meio mais sem graça, porque eu sempre cheguei muito assim "Bom dia! Bom dia!" e não sei o que, não sei o que. O dia que eu chegava assim "Bom dia", eles "Não, tem alguma coisa errada com a Camila. Ela não tá certa", aí eles vinham, conversavam comigo. Eles também davam um espaço pequeno, mas davam um espacinho para gente, para escutar* (Camila).

Nesse sentido, é possível compreender a crítica de Teixeira et al. (2020) acerca da generalização do termo profissionais da saúde nas pesquisas sobre saúde mental. Mas, para além das especificidades de cada trabalho e das relações de poder dentro do hospital, a forma como o trabalho do psicólogo é percebido e reconhecido pela equipe também afeta a experiência e, por consequência, a saúde mental do trabalhador.

3.3.2 Adoecimento Psíquico

Diante das experiências potencialmente traumáticas, das dificuldades envolvidas no processo de elaboração dessas vivências, aliados à negação do sofrimento, as psicólogas relatam adoecimentos, necessitando de cuidados psiquiátricos e psicológicos durante essa fase:

> *E já chegou num período nesse um ano em que, de sete psicólogos que a gente tinha, cinco tava em tratamento com psiquiatra, com psicólogo. Inclusive eu, né. Então, a gente tinha, às vezes crises, de choro, uma apatia imensa, um embotamento, assim, uma coisa esquisita que a gente nunca passou por isso antes* (Gabriela).

Ao discorrer sobre medidas paliativas para lidar com o sofrimento, Freud (1930/2010) afirma que o adoecimento neurótico é uma das possibilidades de fuga. Isso porque diante de uma situação de perigo em que a angústia aparece como sinal, o princípio do prazer é acionado, permitindo assim colocar estratégias defensivas em prática, a fim de anular a situação de desprazer. Uma dessas estratégias é a formação de sintoma neurótico, em que a situação de perigo é anulada através do recalque e cria-se uma formação substitutiva para satisfação das pulsões (FREUD, 1926/2014). Birman (2021) complementa essa ideia afirmando que as formações sintomáticas fornecem destinos para angústia, uma vez que permitem transformá-la em algo dizível ao colocá-las no registro simbólico.

Depressão, ansiedade, insônia, abuso de substâncias, suicídio, burnout, Transtorno de Estresse Pós-traumático são alguns exemplos presentes na literatura como possíveis

consequências da experiência de atuação em situações de desastres (TOLEDO, A. L. et al, 2015) e na pandemia (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020; SCHMIDT et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020). Gabriela, por exemplo, desenvolveu um transtorno de ansiedade:

> *Eu desenvolvi um, vamos se dizer, um transtorno de ansiedade mesmo. Então, esse foi terrível. Porque de ir trabalhar eu já começava a me sentir mal. Então esse foi um muito difícil. Porque assim, o fluxo de trabalho é muito intenso, né, e as responsabilidades muito grandes, então tudo isso pesa* (Gabriela).

Camila, por sua vez, relata desenvolver Burnout devido a sua rotina intensa de trabalho e estudos. Conforme apontado anteriormente, a psicóloga utilizava-se do trabalho como estratégia defensiva para não entrar em contato com seu sofrimento. Entretanto, acabou adoecendo devido ao esgotamento físico e mental.

> *Fiquei no XXXX* [hospital] *e no XXXX* [hospital], *fazendo duas pós-graduações, um curso de extensão da UFG e atendendo online. Aí que começou o Burnout* (risos). *Justificado, claro, né. Não tem como a pessoa querer abraçar o mundo, sendo que… Eu vesti aqui a capa de super-heroína, sendo que eu não sou, né. Querendo ou não a gente se considera, porque a gente viveu no meio do furacão ali. Mas, eu não estava entendendo o meu limite. Por que? Porque eu tava tentando afastar de entrar em contato com os meus próprios sentimentos, né* (Camila).

No caso de Luísa, conforme exposto anteriormente, foi necessário utilizar de uma licença médica para cuidar da saúde mental. A participante também relatara a desilusão e a perda de esperança no mundo como resultados de processo de luto que, diante das condições anteriormente expostas, encontra barreiras para validação e elaboração, podendo inclusive, resultar em uma melancolia. Não cabe aqui discorrer sobre cada um dos transtornos ou até mesmo realizar um diagnóstico. Nosso intuito é apenas mostrar que essas experiências resultaram em sofrimentos que acabaram encontrando no adoecimento psíquico possibilidades de escoamento e, consequentemente, um chamado para o cuidado.

3.4 Outras Estratégias de Enfrentamento

Como pode ser percebido, o trabalho na linha de frente impôs grande sofrimento às psicólogas. Freud (1930/2010) afirma que, diante das fontes de sofrimentos, estratégias paliativas são necessárias para evitar o desprazer. Entre essas medidas, ele ressalta o isolamento, o controle das pulsões submetendo-se às normas, a intoxicação por substâncias entorpecentes,

os deslocamentos da libido, a fantasia, os sintomas neuróticos e psicóticos e, por fim, mas não menos importante, amar e ser amado.

Diante da realidade exposta nos tópicos anteriores, é possível perceber que as psicólogas lançaram mão de algumas estratégias para tentar diminuir o sofrimento. Algumas delas já foram citadas anteriormente, como o adoecimento psíquico; o afastamento da situação de morte; a transformação da comunicação de más notícias em um processo mecânico; rituais intensos de higienização; e o foco no trabalho para evitar entrar em contato com os sentimentos. Mas outros mecanismos também foram utilizados. Camila e Gabriela afirmaram que tentavam não se envolver com o trabalho quando estavam fora do hospital, evitando os grupos no Whatsapp, por exemplo. Além de ser impossível resolver questões do trabalho quando não se está no hospital, as participantes relataram a insustentabilidade em estarem integralmente disponíveis, necessitando, assim, de momentos para elas mesmas:

> *Agora, eu tentei e tento até hoje separar um pouco assim, de quando eu tô no trabalho, eu tô no trabalho, e quando eu tô em casa, eu tô em casa. Então, tento não ficar por dentro das coisas que estão se passando no hospital. Querendo ou não tem grupo, então no grupo a gente acaba, né, tendo notícias do trabalho em qualquer horário. Então, eu tento não me inteirar muito das coisas que estão acontecendo quando eu não tô lá. Então se tem alguma coisa que eu tenho que resolver amanhã, eu vou resolver amanhã. Não adianta eu ficar remoendo esse negócio em casa, né. Eu sei que é um exercício para mim ainda, né. Eu tendo a ser uma pessoa que pega coisa demais, né, querendo ou não, pego coisa que não é minha, no sentido de trabalho mesmo. Isso é algo que eu tenho tentado aprender, né, a botar limites, porque não me faz bem, não me fez bem, né. Mas esse foi o principal mecanismo* (Gabriela).

A terapia ou análise também foi citada por Camila e Luísa como mecanismos que permitiam esse tempo consigo mesmas e a elaboração das vivências não só dentro do hospital, mas da pandemia como um todo. Outro recurso utilizado foram a leitura de livros literários e assistir a filmes e séries, apontadas por Gabriela e Luísa. Freud (1930/2010) destaca a fantasia como uma possibilidade de afastamento do mundo externo e a satisfação por meio das ilusões. Portanto, os três recursos citados promovem momentos de alienação da realidade.

Além disso, cada uma delas também apresentou estratégias específicas. Gabriela, por exemplo, nos relatou o artesanato que, assim como outras criações artísticas, fornecem uma possibilidade de dar forma às fantasias do sujeito. Podemos pensar que são formas sublimadas de obtenção de prazer que deslocam a libido da sua meta e permitem o ganho de prazer através do trabalho psíquico e intelectual (FREUD, 1930/2010).

Luísa, por outro lado, apontou o uso de álcool e maconha neste período. O uso de álcool e outras drogas é apontado como estratégia comum entre os profissionais de saúde e que representa, ao mesmo tempo, um fator de risco à saúde mental (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020). A intoxicação é uma forma de lidar com as fontes de sofrimento, uma vez que determinadas substâncias possuem não só a capacidade de fornecer sensações de prazer, como também entorpece o sujeito e, portanto, diminui o desprazer (FREUD, 1930/2010). Cabe ressaltar que, de acordo com Birman (2016), as drogas estão à serviço das formas de subjetivação na atualidade, pautadas na cultura do espetáculo, visto que atuam na modificação do humor, permitindo a participação no espetáculo social. Nesse sentido, a intoxicação não só é um método eficaz, como também é uma das estratégias defensivas características da sociedade atual. Mas também não se deve ignorar os riscos e consequências para saúde em geral.

Em direção semelhante, Luisa ressaltou também o ato de comprar. Conforme exposto por Bauman (2001) e apontado no primeiro capítulo, na atualidade comprar tem se tornado um vício, uma vez que a satisfação é imediata, mas momentânea, ao mesmo tempo em que não se é permitido não comprar. Ao mesmo tempo, Luísa afirma: *"O dinheiro que recebia lá* [do trabalho no hospital], *gastava tudo em livro e comida* (risos). *Mas aí já não era, não sei se era um recurso muito saudável, era meio compulsão mesmo* (risos)". Nesse sentido, percebemos também uma forma de compensação por tantas perdas e angústias sentidas. Se o trabalho traz sofrimento, pelo menos pode utilizar-se do ganho financeiro como um método para obtenção de prazer.

Camila, por sua vez, apresenta a espiritualidade como estratégias de enfrentamento. Para Freud (1927/2014), a religião cumpre três tarefas importantes: 1) afasta o medo da natureza, uma vez que a humaniza através de entidades semelhantes aos humanos; 2) diminui o pavor do destino, que agora passa a ser obra de algo superior e 3) promete uma compensação do sofrimento vivo, através da felicidade eterna na vida após a morte. Nesse sentido, voltar-se para a espiritualidade permitia Camila encontrar conforto, sentido e esperança diante do sofrimento.

Outro mecanismo relatado apenas por Camila está relacionado ao luto. Apesar de ser um perigo real em que todas estavam expostas, Camila foi a única que relatou ter perdido entes queridos para a COVID-19. Uma dessas perdas foi vivenciada dentro do hospital em que trabalhava. Diante da dor, Camila desenvolveu uma inibição, não conseguindo entrar na UTI, uma vez que isso trazia angústia por relembrar sua perda. A inibição durou cerca de dois meses e se resolveu na medida em que o luto foi encontrando espaço para elaboração:

> *E aí foi que eu parei de ficar indo na UTI. Eu não conseguia. Eu subia com paciente, porque às vezes paciente muito ansioso da enfermaria para ir para UTI, mudar de unidade, eu gostava de subir para apresentar para ele ali o local e ele não estar sozinho. Fazia ali o atendimento breve na enfermaria e subia. Tanto que brincavam me chamando de psicóloga do transporte, então sempre transportava um paciente ou outro* (risos). *Quem disse que eu conseguia subir? Chegava no corredor da UTI que meu primo tava, eu travava. Eu travava, não conseguia* (Camila).

Dentre todos os mecanismos de proteção psíquica narrados pelas participantes, o mais utilizado, apontado tanto ao longo da fase de narração quanto na fase de perguntas, foi a rede de apoio. Conforme exposto anteriormente, o desamparo instaura a necessidade de sermos amados. Isso porque, conforme exposto por Freud (1930/2010), o amor sexual proporcionou fortes experiências prazerosas ao indivíduo, levando a busca por novas sensações de prazer, instaurando, assim, o princípio do prazer. E, para além do amor sexual, Freud destaca o amor inibido em sua meta, como por exemplo a ternura presente nas relações familiares e de amizade. Nesse sentido, o amor está presente em diversas formas de relações humanas. E, apesar de amar nos colocar em uma posição de vulnerabilidade, visto que as relações humanas também são fontes de sofrimento, o amor é também o modelo que guia a busca por felicidade (FREUD, 1930/2010). O amor foi o que possibilitou a saída de Luísa de dentro do hospital e a busca por outros caminhos profissionais, visto que aliado a todo sofrimento de estar na linha de frente, o medo do vírus e o isolamento social impunha um afastamento dessa rede de apoio familiar:

> *Inclusive a decisão que eu tive de sair do hospital, o dia que eu decidi sair do hospital, foi o dia que minha sobrinha nasceu. Eu não pude acompanhar o nascimento, porque eu tava com medo de contaminar, né? Não podia se aproximar dela. Demorei muito para conhecer ela. E eu falei "Mano, isso não está certo", sabe? Tipo, não. Assim, eu estou deixando de viver com as pessoas que eu amo* (Luisa).

Vale ressaltar que a rede de apoio também envolve o reconhecimento e validação do sofrimento. Portanto, além de configurar uma estratégia para lidar com o desamparo, também proporciona defesa contra o desmentido, conforme podemos observar nas seguintes falas:

> *Então, quando eu falo de equipe, é isso também, porque a gente acabou sendo família um do outro ali. Só tinha gente. Eu passava mais tempo lá do que aqui em casa. Então a gente criou vínculos* [...]. *Então, assim, se eu não tivesse essas pessoas para me ajudar a passar por isso, acho que teria sido um pouco mais difícil, né. Mas, ainda bem que eu tinha* (Camila).

> *E outra coisa foi os meus colegas e minhas colegas de trabalho, né. Então ter essa rede de apoio dentro lá do hospital é muito importante* (Gabriela).

> *A rede de apoio lá foi muito importante, tanto dessa minha colega, principalmente, e da nossa chefe, que é uma pessoa maravilhosa, que segurou na nossa mão mesmo e falou "Olha, vamos no seu tempo, dentro do que é possível". E isso foi uma coisa muito positiva e atípica que a gente teve lá nesse hospital que eu trabalhava, que era o apoio da diretoria, o apoio da coordenação, assim, sabe? Eles realmente compravam o nosso lado. O diretor do hospital conhecia a gente por nome, sabe? Então assim, isso era realmente muita coisa para a gente. Dava uma sensação maior de amparo, apesar das limitações* (Luisa).

Diante do que foi exposto, é possível perceber diversas estratégias para amenizar o sofrimento, algumas mais saudáveis do que outras. Mas a rede de apoio, em especial dentro do ambiente de trabalho, é o principal mecanismo. Isso evidencia a importância do outro na constituição psíquica, assim como o acolhimento e validação da vivência como necessário para diminuição do impacto na saúde mental.

3.5 Vacinação: Uma Dose de Esperança

Desde o início da pandemia, a vacina é vista como um instrumento de salvação e como a possibilidade de retomada da vida normal. No Brasil, o uso emergencial de imunizantes contra a COVID-19 foi aprovado em 17 de janeiro de 2021 e logo depois deu-se início à vacinação dos grupos prioritários (CASTRO, 2021). Nas falas das entrevistadas, é possível perceber a satisfação com a chegada da vacina. Vale ressaltar que os profissionais da saúde foram os primeiros a receber o imunizante no país. Portanto, além de uma proteção, a vacina foi vista pelas psicólogas como um reconhecimento de todo o trabalho realizado durante um ano na linha de frente:

> *E aí, então, pra mim, foi algo que eu guardo na minha memória. Tem uma foto minha do dia que eu tomei a vacina, que eu olho para ela. E tá marcado, dia 21 de janeiro de 2021 às 9:40, acho que é. E ainda coloco assim "Viva o SUS". Tá ali na fotinha. Eu olho para ela e penso "É uma esperança"* [...]. *Nossa, para mim foi assim, o fiozinho da esperança que eu precisava. Eu acho que foi o que me deu mais gás de continuar trabalhando na linha de frente, né* (Camila).

> *Nós fomos o primeiro hospital a ser vacinado. E foi muito incrível, assim. Foi muito emocionante quando a gente viu no dia anterior a vacina lá e no outro dia expectativa de ser vacinado. Sim, foi uma sensação de parece que isso vai acabar né? Parece que a gente tá colocando uma marcha para o fim* [...]. *E eu acho que teve também uma sensação de reconhecimento, assim, de tipo, velho, por um lado eu mereço ser vacinada, sabe?* (risos). *Porque, a gente passa por isso tudo, então a gente merece ser vacinados. Acho que foi um pouco disso* (Luísa).

A vacinação contribuiu para a diminuição das internações e das mortes decorrentes da COVID-19. Quando se analisa os dados das curvas epidemiológicas no Brasil, é possível perceber um aumento expressivo de casos confirmados no início de 2022, entretanto, os casos de óbitos não acompanham o mesmo crescimento (WHO, 2022). Nesse sentido, é evidente a eficácia da vacina para evitar casos graves da doença. Em consequência disso, Camila e Gabriela, atualmente, não atendem mais em hospitais de campanha ou exclusivamente com pacientes com COVID. Gabriela afirmou que:

> *Como lá não é hospital de campanha mais, né, então a gente acaba recebendo aqueles que chegam lá por outra coisa e depois vê que tem COVID no meio, né. Então acho que por a gente está habituado a atender COVID, é alguma coisa mais tranquila* [...]. *Mas de não ser mais um hospital de campanha, é um alívio. Então de falar, assim, lá não chegou a fechar os leitos igual nos outros hospitais, né, que a gente viu lá o funcionamento se encerrando, último dia e tal, a gente não teve isso. Onde era uma UTI COVID virou uma UTI feminina, né, então conservou metade dos leitos, a equipe se manteve, né. Mas só de saber que lá não vai receber só COVID, isso é um alívio. Um alívio mesmo* (Gabriela).

Diante disso, é possível perceber que para essas psicólogas a vacinação corresponde a uma vitória. Em um primeiro momento, representou a esperança de um fim e o reconhecimento de seus trabalhos na linha de frente, dando forças para continuarem trabalhando. Posteriormente, essa esperança se concretizou através da saída dos hospitais de campanha. Essa concretização permitiu um alívio diante de todo o sofrimento que a pandemia acarretou.

Entretanto, é importante ressaltar que a vacinação no Brasil foi um processo lento e cheio de polêmicas e suspeitas de corrupção. Castro (2021) elenca uma série de aspectos que contribuíram para a lentidão nesse processo, como atrasos nas negociações com fabricantes de vacina, atraso na compra de seringas e agulhas, ausência de um plano de vacinação detalhado que permitisse um planejamento nacional e coordenado e as desigualdades na aquisição e distribuição dos imunizantes no cenário internacional. Aliado a isso, a autora ainda cita o contexto político brasileiro que, conforme exposto anteriormente, envolve uma diferença de narrativas entre as entidades de saúde e o Governo Federal. O presidente Jair Bolsonaro teceu críticas à vacina CoronaVac, devido ao fato de ser desenvolvida por uma empresa chinesa, além de afirmar que as vacinas poderiam causar efeitos colaterais graves desconhecidos, enfraquecendo a adesão à campanha de vacinação (CASTRO, 2021). Somado a isso, ainda houve diversas denúncias de corrupção na compra de vacinas para o país.

Diante dessas dificuldades no processo de vacinação, é importante ressaltar a experiência da Luisa. Saber que existe algo que pode melhorar a situação, mas a demora para

que isso se efetivasse fazia com que Luísa sentisse que a mudança estava longe de acontecer, tornando-se uma fonte de angústia:

> *Então, tipo, a gente apostou na vacina, veio a vacina, foi ótimo. Mas como eu não peguei… Eu acho que é isso também, né. Eu sou muito enviesada, minha amostra, porque eu saí em julho. Então, em julho a maioria das pessoas ou não estavam com a segunda dose ou nem a primeira dose ainda, né. Então as vacinas foram muito lentas para elas engrenarem mesmo. E aí eu peguei essa fase de já tinha vacina, mas a população jovem ainda não tinha e a idosa só tava com primeira dose, né? E aí para mim, efetivamente, nada mudou na minha prática, apesar dessa aposta de que eventualmente mudaria. E que inclusive parece que mudou, porque diminuíram muita demanda de COVID nesse fim de ano para esse começo. Totalmente uma … Parece que está sendo uma experiência totalmente diferente dessa que eu te contei de 2020 e 2021* (Luísa).

Para Luísa, a experiência na linha de frente, as ondas da COVID, aliadas à lentidão da campanha de vacinação contribuíram para a perda de esperança, uma vez que, ao contrário das outras entrevistadas, ela não experienciou a sua concretização durante o tempo em que trabalhou no hospital. Diante disso, Luísa se vê lançada ao desamparo, conforme discutido em tópicos anteriores. Apesar disso, a psicóloga reconhece a importância da vacina e o que a sua chegada representou. Por esse motivo, a vacinação é relatada como uma esperança, sendo um contraponto ao desamparo que marcou a vivência das psicólogas na linha de frente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto anteriormente, para Freud o sofrimento atinge de três lados, sendo que os desastres podem entrelaçá-los, sendo fonte de intenso sofrimento. Por esse motivo, os desastres sempre foram motivo de medo e também de interesse para humanidade, entretanto, isso foi acentuado na atualidade através do aparecimento de uma doença nova, altamente transmissível e que modificou radicalmente as relações sociais e de trabalho em escala mundial. A pandemia provocou rupturas na normalidade das relações sociais e de trabalho diante das quais as pessoas se sentiram perdidas, confusas e impotentes. Diante disso, a Psicologia é convocada a falar sobre saúde mental nesses contextos, bem como atuar na prevenção e promoção de saúde.

Por esse motivo, esse trabalho se propôs a escutar a experiência de psicólogos na linha de frente do cuidado na pandemia da COVID-19. Não tivemos a pretensão de falar sobre a vivência de todos os psicólogos, muito menos de esgotar essa experiência. Entretanto, a escuta possibilitou refletir acerca dos panos de fundo da atuação em contextos de risco e calamidade. Em primeiro lugar, percebemos que se trata de uma experiência que envolve um perigo real de morte e perdas. Apesar dos esforços para ignorar a sua presença, a morte está sempre à espreita, entretanto, em situações de desastres, em especial dentro do contexto hospitalar em contato com os pacientes, a morte se apresenta em toda sua grandiosidade assustadora, não sendo permitido esquecer ou ignorar sua existência. Portanto, atuar nesse contexto se mostrou angustiante pelo inevitável confronto com a própria fragilidade e com a daqueles que amamos.

Em segundo lugar, pudemos observar a ausência de repertórios para atuação e os próprios limites e possibilidades da Psicologia enquanto ciência e profissão dentro de um hospital. Isso porque a pandemia provocou alterações dentro do ambiente hospitalar, fazendo com que os profissionais de saúde tivessem que se reinventar diante da nova realidade, provocando angústia diante do não saber. A inserção da Psicologia na gestão de risco e desastres ainda é muito recente, voltada para atuação durante e pós o desastre e pautada em uma perspectiva clínica. Nesse sentido, ressaltamos a importância da construção teórico-prática para atuação nesses contextos, tanto para se pensar a prevenção e promoção da saúde da população em geral nesses contextos, como também para construção de repertórios para atuação do psicólogo, podendo minimizar o desamparo diante do não saber.

Sobre isso, podemos pensar na importância da inserção da saúde mental e atenção psicossocial como uma disciplina para os cursos de graduação de diversas áreas, uma vez que

a atenção nesses contextos devem ser intersetoriais (2007). Da mesma forma, ressaltamos a importância de se pensar capacitação, treinamentos e simulados para as equipes de respostas, que inclui os psicólogos, fazendo com que estejam mais preparadas e confiantes.

Cabe ressaltar aqui o compromisso ético-político da Psicologia. Conforme exposto anteriormente, o risco de um desastre envolve vulnerabilidade e a capacidade de resposta da comunidade, de modo que não deva ignorar as condições sociais e políticas por trás tanto da produção desse risco. No caso da pandemia no Brasil, podemos perceber como as atitudes do Governo Federal influenciaram nas consequências da pandemia e, consequentemente, na produção de sofrimento na população. Considerar esse compromisso significa percebermos que a Psicologia deve-se voltar para as causas e consequências das vulnerabilidades e a forma como isso impacta a subjetividade (CFP, 2021). A partir dessa percepção, é possível compreender o papel da Psicologia em todas as fases, em especial na fase pré-desastres, na qual deve pensar na prevenção e promoção à saúde pautada no protagonismo social, pensando nas condições de vulnerabilidade e na potencialidade das comunidade para construção de estratégias de prevenção, preparação, mitigação e reconstrução em desastres (CFP, 2021).

Diante do que foi exposto como pano de fundo, podemos pensar que a atuação em desastres e calamidades, no caso específico de nossa pesquisa na atuação diante da pandemia, envolveu também elaborar lutos. Lutos pelas pessoas que se foram, lutos pela normalidade desconstruída e lutos pela imagem da Psicologia e da identidade profissional. Para atuar nesse espaço, o psicólogo precisa reconhecer suas perdas e limitações, ou seja, entrar em contato com a castração e a falta. Por esse motivo, compreendemos que situações de desastre remetem ao desamparo e carregam em si a potencialidade do trauma. Entretanto, cabe ressaltar que a experiência do trauma não diz respeito a uma patologização. O trauma é uma forma de sofrimento, que uma vez reduzida a um transtorno, corre o risco de estigmatização ao colocar o sujeito na posição de vítima, que necessita de cuidados, da mesma forma que ignora e desrresponsabiliza a influência do social nessa experiência (CFP, 2021).

Por esse motivo, destacamos a importância de ouvir o desamparo. Somente a partir da escuta é que se é possível que a experiência seja reconhecida e possibilitar a elaboração. Ao ouvir o desamparo, reconhece não só a experiência, mas o sujeito na sua vulnerabilidade (GONDAR, 2012). Nesse sentido, podemos trazer uma fala de Luísa acerca da sua experiência de participar da pesquisa, que ressaltar a importância não só de se pensar a vivência das psicólogas para além da construção de um repertório de atuação nesses contextos, mas também para se colocar como testemunha daquilo que foi vivido, para que isso possa se inscrever e construir sentidos:

> *Então, por isso que eu acho que sua pesquisa seja tão importante. Tipo, dar essa escuta mesmo, porque desde que eu saí do hospital eu não tô fazendo análise. E eu nunca tinha tido, eu acho, a oportunidade de falar. Já fiz algumas falas sobre a minha experiência, mas não era essa coisa de "Estou aqui para te escutar, o que você sente, o que você passou", assim. E sem essa preocupação de eu ter fazer uma elaboração teórica, para compartilhar para as pessoas. Para falar mesmo em primeira pessoa. Cara, é algo que realmente precisa ser dito para dar conta, assim, de talvez entrar na gente, assim* (Luísa).

Para concluir, é pertinente relatar que a escrita dessa pesquisa foi uma tarefa angustiante. Ao ouvir os relatos das participantes, pude testemunhar experiências dolorosas, por vezes absurdas, que envolviam não só o próprio desastre da pandemia, que por si só é angustiante, mas se desenrolavam em relações dentro do próprio hospital e fora dele. Ao ouvir esses relatos, emergiram em mim sentimentos diversos que, por vezes tornaram-se empecilhos para a escrita, porque ouvir o desamparo do outro envolve entrar em contato com o próprio desamparo. Portanto, esse trabalho é também uma elaboração. Elaboração dos lutos, dos sentimentos de revolta e indignação diante das atitudes do governo, elaboração da impotência e solidão que por vezes marcaram não só a pandemia, mas a escrita do trabalho, visto que ocorreu durante o ensino remoto emergencial, afastada fisicamente da Universidade e da rede de apoio construída nesse espaço. Por tratar-se também de uma elaboração, esse trabalho não se completa em si mesmo. Portanto, faz necessário voltarmos novamente para a vivência da pandemia, a fim de que se possa continuar elaborando e encontrando sentidos para a experiência vivida e para a atuação da Psicologia em emergência e desastres.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. N. G. et al. **A tecnologia e a atividade dos psicólogos e psicólogas em tempos de pandemia de covid-19:** desafios e apontamentos. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p.1101-1120, dez. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BIRMAN, J. **A dádiva e o Outro:** sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 09-30, jul./dez. 1999.

_____. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

_____. **O trauma da pandemia do Coronavírus:** suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2 ed., 2021.

BRASIL. Governo do Brasil. **IBGE divulga resultado da pesquisa Estatísticas do Registro Civil 2020**. Publicado em 18 nov. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/11/ibge-divulga-resultado-da-pesquisa-estatisticas-do-registro-civil-2020#:~:text=Foram%202.728.273%20 registros%20de%20nascimentos%20em%202020%2C%20queda%20de,desde% 20%20ano%20de%201998. Acesso em: 11 mar 2022.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Departamento de Prevenção e Preparação. **Módulo de formação:** noções básicas em proteção e defesa civil e em gestão de riscos: livro base. Brasília, 2017.

CAPONI, S. **Covid-19 no Brasil:** entre o negacionismo e a razão neoliberal. Estudos avançados, v. 34, n. 99, p. 209-223, 2020.

CASTRO, R. **Vacinas contra a Covid-19:** o fim da pandemia? Physis: Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p.1-5, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres**. Brasília: out. 2021.

DANTAS, C. de R. et al. **O luto nos tempos da COVID-19:** desafios do cuidado durante a pandemia. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 509-533, set. 2020.

EMRICH, F. C. G.; LIMA, P. M. R. **O desamparo na UTI:** uma análise psicanalítica da experiência de pacientes em hospital universitário. Revista Subjetividades, v. 21, n. 2, p. 1-12, 2021.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Sandra Netz. Porto Alegre: Bookman, 2 ed., 2004.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. *In:* FREUD, S. **Obras Completas, v.14**: História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), Além do princípio de prazer e outros textos (1917-1920). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1 ed., 2010 , p. 120-178.

_____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. *In:* FREUD, S. **Obras Completas, v. 17:** Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros trabalhos (1926-1929). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1 ed., 2014, p. 9-98.

_____. (2014). Introdução ao narcisismo. *In*: FREUD, S. **Obras Completas, vol. 12**: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Tradução Paulo Cézar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1 ed., 2010, p. 9-37.

_____. (1917) Luto e Melancolia. *In*: FREUD, S. **Obras Completas, vol. 12**: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Tradução Paulo Cézar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1 ed., 2010, p. 128-144.

_____. (1927). O futuro de uma ilusão. *In:* FREUD, S. **Obras Completas, v. 17:** Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros trabalhos (1926-1929). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1 ed., 2014, p. 231-301.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. *In:* **Obras Completas, v. 18:** O mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias à psicanálise e outros trabalhos (1930-1936). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 4. ed., 2010, p. 13-122.

GONDAR, J. **Ferenczi como pensador político**. Cadernos de Psicanálise - CPRJ, v. 34, n. 27, p. 193-210, jul./dez. 2012.

GONDAR, J.; ANTONELLO, D. F. **O analista como testemunha**. Psicologia USP, v. 27, n. 1, p. 16-23, 2016.

GRINCENKOV, R. R. S. **Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus**: necessidade e proposta de atuação. HU Rev., v. 46, p1-2, 2020.

HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M.; ALZATE, M. **Bolsonaro e Covid-19**: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. Psicologia Política, v. 21, n. 51, p. 550-569, 2021.

Inter-Agency Standing Committee [IASC]. Comitê Permanente Interagências. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. B.; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 7 ed., 2002, p. 90-113.

KEHL, M. R. **O espetáculo como meio de subjetivação**. Concinnitas, v. 1, n. 26, p. 71-85, 2015.

_____. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MACÊDO, K. B. **O desamparo do indivíduo na modernidade**. Revista ECOS, v. 2, n. 1, p. 94-107, 2012.

MALDONADO, G.; CARDOSO, M. R. **O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias**. Psic. Clin., Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.45-57, 2009.

MAZER, S. M.; MELO-SILVA, L. L. **Identidade profissional do psicólogo**: uma revisão da produção científica no Brasil. Psicologia ciência e profissão, v. 30, n. 2. p. 276-295, 2010.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. **O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental:** qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2532, jan./dez. 2020.

NOAL, D. da S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. (org). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

OSMO, A.; KUPERMANN, D. **Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi**. Psicologia em Estudo, v. 17, n. 2, p. 329-339, abr./jun. 2012.

PASSOS, C. F.; NEVES, A. S.; MENEZES, L. S. **Prolegômenos do desamparo na psicanálise**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, v. 21, n. 3, p. 525-544, 2018.

PAULINO, A. F.; SANT'ANA, F. G. F. **A atuação do psicólogo frente às emergências e desastres**. Cadernos de graduação: ciências humanas e sociais, Alagoas, v.5, n.1, p. 81-98, nov. 2018.

ROCHA, Z. **Desamparo e metapsicologia:** para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. Síntese, v. 26, n. 86, p. 331-346, 1999.

RODRIGUES, J. V. S.; TEIXEIRA, A. C. M.; LINS, A. C. A. A. **Intervenções em psicologia hospitalar durante a pandemia da COVID-19 no Brasil**: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 12, p. 1-10, 2021.

SANTOS, N. de T. G.; FORTES, I. **Desamparo e alteridade:** o sujeito e a dupla face do outro. Psicologia USP, v. 22, n. 4, p. 747-769, 2011.

SCHMIDT, B. et al. **Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19)**. Estud. psicol., Campinas, v. 37, p. 1-13, 2020.

SILVA, J. F.; BLEICHER, T. **Trauma na epidemia brasileira de covid-19:** contribuições a partir de Lacan, Ferenczi e Kai Erikson. Rev. Bras. de Psicanálise, v. 54, n. 3, p. 95-106, 2020.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19**. Ciência & saúde coletiva, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TOLEDO, A. L. et al. A saúde emocional do psicólogo que atua em situações de emergência. *In*: FRANCO, M. H. P. (org.). **A intervenção psicológica em emergências**: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015. p. 112-143.

VASCONCELOS, T. P.; CURY, V. E. **Atenção psicológica em situações extremas:** compreendendo a experiência de psicólogos. Psicologia: ciência e profissão, v. 37, n. 2, p. 475-488, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashbord. Disponível em: https://covid19.who.int/. Acesso em 14 mar. 2022.

APÊNDICE – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **O desamparo na atualidade: a vivência dos psicólogos na linha de frente da COVID-19.** Meu nome é Natália Ferreira de Paiva, sou aluna do curso de Psicologia e estou desenvolvendo essa pesquisa juntamente com minha orientadora Profa. Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima, professora do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra ficará comigo. Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, **você não será penalizado(a) de forma alguma**. Se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas por mim, **Natalia Ferreira de Paiva,** via e-mail **natalia.ferreira@discente.ufg.br** e, através do seguinte contato telefone **(62) 9 8419-7560,** inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Se persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215, que é a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

O trabalho tem como objetivo geral compreender a vivência dos profissionais de psicologia que atuaram no sistema de saúde durante a pandemia da COVID-19 e como eles lidam com o desamparo. Você será entrevistado, a fim de que se possa falar sobre a sua experiência durante a pandemia e, para isso, deverá reservar um período de **duas horas, durante dois dias.** Você tem direito ao ressarcimento das despesas decorrentes da cooperação com a pesquisa, inclusive transporte e alimentação, se for o caso, e a pleitear indenização em caso de danos, conforme previsto em Lei. Por se tratar de uma pesquisa que investiga uma experiência de atuação em contextos de risco e fragilidade, a entrevistas envolve assuntos sensíveis que podem causar mobilização afetiva, resultando em desconfortos emocionais. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida podendo ser retomada em outro momento, caso necessário. Entre os benefícios da participação da pesquisa, destacamos a possibilidade de relato da sua experiência profissional e de reflexão acerca de sua história e sua experiência

como psicólogo(a). Essa reflexão pode construir caminhos para elaboração psíquica de situações dolorosas.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, te identificar-lhe, será mantido em sigilo. Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações pessoais desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgadas. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. Para condução da entrevista é necessário o seu consentimento para utilização de um gravador, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

( ) Permito a utilização de gravador durante a entrevista.

( ) Não permito a utilização de gravador durante a entrevista.

As gravações serão utilizadas na transcrição e análise dos dados, sendo resguardado o seu direito de ler e aprovar as transcrições. Não haverá necessidade de utilizarmos sua voz em publicações. Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua opinião em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

( ) Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

( ) Não permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Solicito autorização para utilização dos dados em pesquisas futuras. Para validar sua decisão, faça uma rubrica entre os parênteses abaixo:

( ) Permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

( ) Não permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Declaro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu, ..., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **O desamparo na atualidade: a vivência dos psicólogos na linha de frente da COVID-19.** Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco

que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora **Natalia Ferreira de Paiva** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, ... de ..... de .....

_____

Assinatura por extenso do(a) participante

_____

Natalia Ferreira de Paiva

Pesquisadora

_____

Priscilla Melo Ribeiro de Lima

Pesquisadora responsável

ANEXO - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFG - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DESAMPARO NA ATUALIDADE: a vivência dos psicólogos na linha de frente da COVID-19
Pesquisador: Priscilla Melo Ribeiro de Lima
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 52394321.9.0000.5083
Instituição Proponente: Faculdade de Educação
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.077.542

Apresentação do Projeto:
Protocolo intitulado "O DESAMPARO NA ATUALIDADE: a vivência dos psicólogos na linha de frente da COVID-19" é o projeto de TCC da discente de Psicologia Natalia Ferreira de Paiva e tem como pesquisadora responsável, Priscilla Melo Ribeiro de Lima, professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás.

"Considerando o entendimento da Fiocruz (2020) de que uma pandemia resulta em uma desordem que pode ultrapassar a capacidade do indivíduo em lidar com isso, e a noção de trauma para psicanálise como um excesso pulsional que ultrapassa a capacidade de simbolização do psiquismo (LEVY; CECCARELLI, 2020), compreendemos que a pandemia da COVID-19 é um evento potencialmente traumático. Sendo assim, se faz necessário investigar as consequências psíquicas por ela desencadeadas. Partindo do que foi apresentado, o objeto de estudo dessa pesquisa é o desamparo na pandemia COVID-19 no Brasil. Mais especificamente, é a vivência do desamparo por psicólogos que atuaram na linha de frente da pandemia da COVID-19. A pergunta que norteia este projeto é: como esses profissionais que atuam nesse contexto vivenciam o desamparo? Para tanto, o projeto de pesquisa tem como base a teoria psicanalítica, considerando o desamparo enquanto um conceito metapsicológico, e utilizará de entrevistas com profissionais da Psicologia que atuaram na linha de frente.Nossa pesquisa se trata de uma pesquisa qualitativa. Segundo Flick (2004), a pesquisa qualitativa se ocupa em demonstrar as várias perspectivas e interpretações

sobre o objeto de estudo, a partir da análise das práticas e das interações com o objeto e os significados subjetivos e sociais a ele atribuídos.".

Pergunta de pesquisa: "Como os profissionais da Psicologia que atuam na linha de frente dos atendimentos no contexto da Covid-19 vivenciam o desamparo?"

Objetivo da Pesquisa:
A pesquisadora apresenta os seguintes objetivos:
Objetivo Primario:
"Compreender a vivência dos profissionais de psicologia na linha de frente da pandemia de COVID-19".

Objetivo Secundario:

a) investigar o desamparo na obra freudiana;
b) investigar as especificidades do desamparo na atualidade;
c) investigar os desdobramentos psíquicos do enfrentamento de emergências e desastres, e as particularidades pandemia de COVID-19;
d) compreender como se dá o trabalho do psicólogo nesse contexto;
e) compreender como os psicólogos lidam com o desamparo na pandemia e as defesas utilizadas para o seu enfrentamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
A pesquisadora responsável afirma:
"Assim como toda pesquisa com seres humanos, a nossa pesquisa também apresenta riscos e benefícios para os participantes. Assim, os riscos possíveis são a de mobilização de emoções e afetos decorrentes do ato de relembrar e compartilhar memórias. Recordar a experiência através da narração também é recordar situações de sofrimento e, se tratando de uma experiência sensível como o desamparo e o fato de a pandemia ainda estar em curso, as entrevistas podem causar uma mobilização afetiva no participante. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e o participante será acolhido e encaminhado para um serviço de Psicologia, caso necessário".

Beneficios:
"Em relação aos benefícios, Jovchelovitch e Bauer (2002) afirmam que toda e qualquer experiência humana é passível de ser expressa através de narrativas. É por meio dela que o sujeito organiza, encontra explicações e elabora a experiência. Os benefícios envolvem o fato de que narrar sobre um evento específico pode apresentar efeitos terapêuticos e possibilitar a elaboração de eventos traumáticos. Além disso, outro benefício é poder narrar e compartilhar eventos que de alguma forma deixaram marcas no psiquismo".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa qualitativa, de base teórica psicanalítica, com utilização de entrevista narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002), tendo como tópico-guia a pergunta: "Me conte sobre sua experiência enquanto psicólogo/a durante a pandemia".

Método apresentado pela pesquisadora: "Para atingir os objetivos, utilizaremos a Entrevista Narrativa como instrumento de geração/coleta de dados. Trata-se de uma entrevista não-estruturada, aberta e de profundidade, cujo objetivo é incentivar o entrevistado a relatar sobre sua vida ou sobre determinado acontecimento (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Apesar de ser não-estruturada, a entrevista narrativa apresenta algumas regras e fases. No primeiro momento, o pesquisador irá entrar em contato com o campo de estudo, através de investigações preliminares. A primeira fase da entrevista propriamente dita consiste em explicar o procedimento para o informante e a introdução do tópico inicial, que conduzirá a entrevista. O tópico guia da entrevista deve possuir significância pessoal e social, além de ser abrangente o suficiente para incentivar a narração (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Na nossa pesquisa, o tópico inicial será a pergunta disparadora: "Me conte sobre sua experiência na atuação profissional durante a pandemia". Uma vez iniciada a narração, que constitui a segunda fase da entrevista, ela não deve ser interrompida até que o informante demonstre sinais claros de que terminou a história. Cabe ao entrevistador nesse momento fazer uso da escuta ativa e utilizar da linguagem não verbal ou expressões que demonstre interesse na história e incentive a narração. Após o fim da segunda etapa, inicia-se a fase de questionamentos, em que o entrevistador fará perguntas a fim de elucidar questões que ficaram faltando durante a fase anterior. A última fase, a chamada fala conclusiva, ocorre após a finalização da entrevista, quando o pesquisador e o entrevistado conversam informalmente. Essa conversa e as informações nela apresentadas podem conter dados para uma interpretação da

narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).
Nessa pesquisa, serão realizados dois encontros individuais com três participantes, sendo que cada encontro terá aproximadamente duas horas de duração.
A seleção dos participantes será realizada por meio da amostragem de conveniência. Trata-se de um método não sistematizado de seleção, em que os participantes são escolhidos pela facilidade em acessá-los (FLICK, 2004). Nesse sentido, a amostragem por conveniência poupa esforços tanto na composição da amostra quanto na condução das entrevistas. Sendo assim, será realizado convite diretamente à psicólogos que atendem aos requisitos da seleção anteriormente apresentados. Devido ao fato de que a pandemia da COVID-19 ainda está em curso e sem estimativa de retomada presencial das atividades da Universidade Federal de Goiás (UFG), o projeto de pesquisa prevê dois modelos para a realização da entrevista. Em primeiro momento, será previsto a realização das entrevistas de forma online, via Google Meet. Entretanto, caso a UFG libere a realização das atividades presenciais no momento da geração de dados, as entrevistas ocorrerão no Centro de Psicologia da UFG. Em todos os casos, as entrevistas serão gravadas com o consentimento dos participantes".

Os participantes: 3 psicólogos, selecionados por meio de amostragem de conveniência.

Critério de Inclusão:
"Como critérios de inclusão na pesquisa serão aceitos apenas sujeitos formados em Psicologia e que atuam ou atuaram como psicólogos na linha de frente da pandemia de COVID-19.".

Critério de Exclusão:
Não informado.

Sobre a analise dos dados, a pesquisadora afirma:
"Para análise das entrevistas, utilizaremos a Análise Temática, proposta por Bardin (2016). A análise temática é um tipo de análise do conteúdo, que consiste em "descobrir "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 2016, p. 135). No caso das entrevistas, Bardin (2016) propõe que seja realizada uma análise em dois momentos. Inicialmente, deve-se analisar cada entrevista individualmente, uma vez que elas são construídas de modo único, através da elaboração espontânea de cada participante. Somente depois é que se é possível

realizar a transversalidade temática entre elas. Portanto, essa técnica de análise será utilizada com intuito de encontrar temáticas similares e que se repetem entre os participantes ao longo das entrevistas. Essa técnica de análise é realizada em três etapas. No primeiro momento, chamado de pré-análise, o objetivo é entrar em contato com o material e levantar as primeiras hipóteses. Nesse momento, o pesquisador faz uso da leitura flutuante, anotando impressões e observações daquilo que está lendo. A segunda fase é a exploração do material descrito como sendo uma fase longa e cansativa, em que o material será analisado e codificado diversas vezes. A última fase da análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que os dados são significados e validados (BARDIN, 2016).".

Desfecho Primário:
"Através dos procedimentos apresentados, esperamos compreender a vivência dos psicólogos que atuaram na pandemia da COVID-19, como eles lidam com o próprio desamparo diante desse contexto marcado pela imprevisibilidade e luto, ao mesmo tempo em que atuam prevenindo e promovendo saúde, acolhimento e amparo para os sujeitos afetados".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O protocolo de pesquisa contem Carta de Encaminhamento; Folha de Rosto devidamente assinada; declaração assinada pela pesquisadora responsável e demais membros da pesquisa; Protocolo de Informações Básicas; projeto detalhado; cronograma exequível, com início das entrevistas em janeiro/2022; arquivo explicativo sobre as características e etapas do instrumento de entrevista narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002); TCLE corrigido e em conformidade com os preceitos eticos para pesquisa com seres humanos.

Nesse novo protocolo de pesquisa apresentado, a pesquisadora atendeu a contento à solicitação desse Comitê, através da Carta de Encaminhamento e da adequação do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Considerando que as pendências apontadas foram atendidas, conclui-se pela aprovação do Protocolo de Pesquisa, vez que o mesmo não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

UFG - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Continuação do Parecer: 5.077.542

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa / CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO e lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1834747.pdf	01/11/2021 11:29:35		Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	01/11/2021 11:29:17	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Natalia_corrigido.pdf	01/11/2021 11:28:31	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	06/10/2021 11:42:52	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Natalia_Projeto_TCC.pdf	04/10/2021 12:43:28	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma_Natalia.pdf	04/10/2021 12:42:46	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Natalia.pdf	04/10/2021 12:40:14	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Natalia_assinado.pdf	04/10/2021 12:38:56	Priscilla Melo Ribeiro de Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 03 de Novembro de 2021

Assinado por:
Marilúcia Lago
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br