

# Desafios e possibilidades do cuidar no limite do viver-morrer: uma costura entre a experiência na linha de frente da pandemia de COVID-19 e conceitos psicanalíticos

*Care challenges and possibilities when in a live and die boundary: a seam between the COVID-19 pandemic frontline experience and psychoanalytical concepts*

---

*Elaine Vasconcelos de Andrade\**

## **Resumo**

O objetivo deste artigo é compartilhar uma experiência de atuação na linha de frente no hospital do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro em tempos de pandemia da COVID-19, usando como chave de leitura alguns conceitos da psicanálise. Os recursos da teoria e da técnica psicanalíticas, junto com as orientações para a atuação em saúde mental e atenção psicossocial em situações de emergência, serviram de base para implementação de dispositivos de cuidado que têm como premissa principal ajudar a manter a dignidade e a resgatar a subjetividade nos momentos de proximidade do sujeito com a morte.

**Palavras-chave:** Pandemia. Hospital. Isolamento. Desamparo. Espaço potencial. Ligações vitais.

## **Abstract**

*This article aims to share an experience in the frontline action at the Military Firemen hospital, in Rio de Janeiro, in times of COVID-19 pandemic, and using some psychoanalytical concepts as reading keys. Both psychoanalytic theory and technique, along with guidelines for mental health and psychosocial care in emergency situations were used as background for the implementation of attention mechanisms that exist, mainly, to help maintaining the dignity and recovering the subjectivity, related to the individuals death closeness moments.*

**Keywords:** Pandemic. Hospital. Isolation. Helplessness. Potential space. Vital connections.

---

\* Membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ). Especialista em Clínica Psicanalítica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Psicóloga do quadro de oficiais de saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. helandrade@hotmail.com

## 1. Introdução

Para iniciar, considero importante contextualizar este artigo dentro do meu trabalho. Sou psicóloga do quadro de oficiais de saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) desde 2002. Há quase dez anos atuo no Hospital Central Aristarcho Pessoa (HCAP), único hospital de referência para os militares e seus dependentes em todo o Estado. Atualmente somos três psicólogos na unidade (e quatorze em toda a corporação), atendendo a: emergência, enfermaria geral, enfermaria COVID, CTI, maternidade, pediatria, UTI pediátrica, UTI neonatal e psiquiatria, além da imensa demanda ambulatorial.

Como em todo trabalho institucional, existem algumas especificidades que merecem ser destacadas. Acredito que a principal, neste caso, é o público-alvo dos nossos atendimentos e intervenções ser um grupo do qual fazemos parte, fato que parece aproximar mais a equipe de saúde dos pacientes. Apesar de ser um hospital militar, ali dentro tentamos não diferenciar patentes, nem no tratamento oferecido, nem mesmo no trato cotidiano. A forma como nos apresentamos, por exemplo, costuma influenciar na forma como o sujeito se apresenta a nós, oferecendo um espaço para uma relação de confiança não hierarquizada, mesmo levando em conta suas histórias, seu lugar institucional e o modo como gostariam de ser reconhecidos ali.

Outro destaque se dá para o trabalho multidisciplinar, que considero bastante atuante e integrado durante as internações. Falando mais especificamente da psicologia, fomos, ao longo dos anos, conquistando um lugar significativo de parceria e tendo os nossos papéis mais estabelecidos com os pacientes, suas famílias e a equipe. Pareceres ou pedidos de uma “avaliação psicológica” não chegam mais por papel nem são colocados apenas no sistema. Os profissionais nos procuram diretamente para *discutir* os casos, e realizamos, além dos atendimentos à beira do leito, interconsultas, reuniões familiares e de equipe e *rounds* que muitas vezes acarretam mudança de proposta terapêutica para que nos adequemos às possibilidades de cada sujeito. Hoje os pacientes têm suas dores psíquicas percebidas como reações esperadas diante do que estão vivenciando (e não como quadros depressivos que precisam ser imediatamente medicados) e já podem discordar de condutas sem precisar ser convencidos de que estão errados ou não entenderam a gravidade de seu quadro. Trabalhamos a necessidade da repetição e do tempo como condições para a elaboração, e a escolha do sujeito como legítima, mesmo que estejam envolvidos mecanismos de defesa, como a negação.

## 2. O hospital em tempos de pandemia

Desde março de 2020 novas dinâmicas tiveram que ser estabelecidas em todos os hospitais do país devido ao número crescente de casos de pacientes com suspeita ou confirmados de estarem infectados com o novo coronavírus (SARS-Cov-2)<sup>1</sup>. Nestes seis meses, o HCAP passou por diversas mudanças em sua distribuição de leitos e regras em geral.<sup>2</sup>

Foi separado um dos dois andares do hospital apenas para pacientes com COVID-19, com alguns leitos de terapia intensiva e outros preparados para poderem se tornar leitos de terapia intensiva a qualquer momento, pois a piora do quadro dos pacientes se dá de forma muito rápida e exige da equipe manobras físicas e emocionais ágeis e desgastantes. Nos estacionamentos foram montados dois hospitais de campanha nos quais ficavam os pacientes menos graves. Nos meses de pico da doença (abril e maio), chegamos a ter mais de cinquenta pacientes internados apenas com essa hipótese diagnóstica, o que significava lotação máxima e equipe esgotada. Apesar da situação-limite, ninguém chegou a ficar sem atendimento. As altas e internações iam se revezando como que em um jogo limítrofe entre a vida e a morte. Gradativamente os hospitais de campanha foram desmontados e o número de leitos destinados a esses pacientes no pavilhão também foi sendo reduzido.

Para além da logística material, que envolvia leitos, equipamentos de proteção individual (EPI) e aparelhagem, todas as escalas dos militares e sua distribuição pelos setores também tiveram que ser reorganizadas. Muitos profissionais precisaram se afastar por serem grupo de risco e outros foram entrando de licença ao longo do caminho por terem sido contaminados pelo vírus. Quem ficava na linha de frente tinha sua carga de trabalho físico e emocional aumentada e, por mais que pensássemos em estratégias de revezamento e alívio pessoal, havia um limite intransponível. O discurso corrente era de que todos nós, que trabalhávamos diretamente com quem estava adoecido, também adoeceríamos; só faltava saber quando e como reagiria-

---

<sup>1</sup> A maior parte dos pacientes é internada com suspeita (pela sintomatologia e pelo exame de imagem do tórax) e é confirmado ou não o diagnóstico após sair o resultado do teste diagnóstico. Para facilitar a fluência do texto e como não há diferença no tratamento durante a internação, passarei a me referir a eles como pacientes com COVID-19, sem entrar no mérito da confirmação diagnóstica.

<sup>2</sup> Este artigo foi escrito em setembro de 2020, enquanto boa parte do trabalho relatado ainda está em andamento. Parte do texto está escrito no passado e outra no presente, diferenciando fatos que estão superados (ao menos na sua intensidade) de outros que ainda se fazem presentes.

mos ao vírus. A morte deixou de ser uma certeza distante e se tornou uma possibilidade muito próxima.

As consultas ambulatoriais presenciais ficaram suspensas por cerca de três a quatro meses em quase todo o hospital, com exceção apenas para as situações mais graves. No entanto, todos os militares que abrem ficha na emergência por COVID-19 mas não ficam internados são monitorados e orientados por telefone até ficarem restabelecidos, o que muitas vezes se desdobra em pedidos por teleatendimento da psicologia para alguns que se apresentam mais abalados emocionalmente. Nesses casos, acolhemos, orientamos (quanto às reações emocionais esperadas e alarmantes) e avaliamos se são casos que necessitam de acompanhamento psicoterápico e/ou psiquiátrico.<sup>33</sup>

Os doentes internados também têm sua família acompanhada pela equipe de serviço social, que fornece explicações acerca do funcionamento do hospital e do fluxo de informações. Todavia, o mais difícil em relação a esses contatos remotos foi estabelecermos como seria a comunicação de notícias médicas regulares aos familiares dos pacientes internados, que ficam em isolamento e não podem receber visita hospitalar em hipótese nenhuma. Mesmo em estado de exceção, entendíamos a angústia de não saber e lutávamos pelo direito e pela saúde mental dessas famílias. No início, um representante podia conversar pessoalmente com o médico plantonista nos horários destinados à visita dos outros pacientes (que, para diminuir a circulação de pessoas e minimizar o risco de contágio, só estão acontecendo três vezes por semana). Mas, além de a ida ao hospital não ser preconizada (em especial para os contactantes do doente com COVID-19), essa estratégia ainda deixava em compasso de espera as famílias cujos pacientes não estavam podendo se comunicar, uma vez que as notícias não eram diárias. Após discussões sobre possibilidades e impasses, antes do pico de internações, as informações passaram a ser dadas remotamente todas as tardes, através de uma ligação que o médico faz a um familiar de referência.

---

<sup>33</sup> No âmbito da saúde coletiva (BRASIL, 2020), os dados são de que entre um terço e metade da população costuma ter manifestações psicossomáticas após eventos potencialmente traumáticos, como uma pandemia. Já a incidência de transtornos psíquicos varia de acordo com a magnitude e o tempo de duração do evento, o grau de vulnerabilidade da população e a qualidade das ações psicossociais, especialmente na primeira fase de resposta. Temos que ficar atentos a sinais de alerta, como frequência, persistência, intensidade e impedimento de execução de tarefas cotidianas. As reações esperadas são: alterações no sono e no apetite, irritabilidade, baixa capacidade de concentração, desânimo ou aceleração, ansiedade, tristeza, fraqueza, dificuldades para relaxar, lembranças dos acontecimentos do dia, dores no corpo, inquietação, desesperança, sensação de isolamento emocional e de privação de liberdade, medo de se infectar e de infectar outras pessoas e questionamentos sobre o sentido da vida.

### 3. A psicologia fortalecendo a equipe: inserir-se e sentir com

Os profissionais de saúde passaram a nos procurar mais – espontaneamente ou por indicação da chefia – através do telefone do setor que disponibilizamos para acesso direto. Além disso, oferecemos espaços coletivos para um acolhimento após o plantão, mas esse dispositivo, apesar de reconhecido como importante, não foi utilizado por eles. O trabalho se mostrou mais possível dentro dos pavilhões, quando mais claramente fazíamos parte (junto com os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas) da equipe da linha de frente, que acompanhava tantos pacientes e colegas que morriam.<sup>4</sup> A nossa presença na enfermaria COVID parecia garantir a eles entendimento sobre o seu sofrimento. Dependendo do tempo-espço de que dispuséssemos e do que avaliássemos ser necessário naquele momento, ocorriam conversas de corredor (no melhor dos sentidos que essa pausa em meio ao caos pudesse oferecer), ofertas de um espaço mais reservado para um atendimento ou alguns grupos terapêuticos com diversos profissionais (que foram se tornando mais possíveis conforme a sobrecarga de trabalho diminuiu, e passamos a ter quartos vazios dentro da enfermaria onde esses encontros pudessem ocorrer).

Apesar das queixas sobre questões institucionais, como dificuldades organizacionais, condições de trabalho e falhas de comunicação, para as quais o manejo em busca de estratégias possíveis e medidas de proteção não se dá apenas diretamente com a equipe, mas também com as chefias<sup>5</sup>, o que percebi como maior causa de angústia desses profissionais é o medo da morte. O curso rápido e desconhecido da doença soma-se à possibilidade de contaminar a si próprio e à sua família, provocando um cenário de incertezas experimentado por todos. Nesses grupos, o que mais a equipe destaca como fonte de sofrimento é a quantidade de pessoas que morrem, sendo muitos seus colegas de trabalho. E mesmo os que não eram conhecidos previamente, se tornam conhecidos ali, já que a ausência de acompanhantes e visitas nos colocam como as únicas referências presentes para os que estão internados. Diferente de um

---

<sup>4</sup> Somos duas psicólogas atuando nas enfermarias e quando começou a pandemia, seguimos ambas atendendo todos os pacientes internados. Com o fechamento dos hospitais de campanha e o aumento de internações por outras causas, passamos a nos dividir e eu fiquei como referência para a enfermaria COVID.

<sup>5</sup> Dentre as intervenções junto aos gestores que podem minimizar o sofrimento psíquico da equipe, enfocamos mais na melhora dos canais de comunicação, apostando na confiabilidade ambiental como condição de possibilidade para qualquer trabalho posterior (WINNICOTT, 1982), como comentarei adiante.

CTI convencional, os pacientes com COVID-19 não chegam em estado tão grave a ponto de irem direto para o respirador. Eles antes conversam, contam suas histórias, solicitam ajuda e dignidade. Quando acompanha o paciente de um estado mediano até a morte, a equipe costuma se referir ao sentimento de impotência na expressão de estar “enxugando gelo”, afirmando ser difícil se manter esperançoso e lutando após tantas batalhas consideradas perdidas. Um dos profissionais ilustra essa aparente ambivalência entre se empenhar em fazer um bom trabalho e se proteger da frustração, perguntando como se preparar para o pior e continuar esperando o melhor.

Nesse dispositivo, o trabalho inclui legitimar esses sentimentos relacionados à exaustão psíquica, avaliar os limites de cada um e ajudar a pensar em estratégias coletivas e individuais de administração do estresse<sup>6</sup>, além de relatar para a equipe meu testemunho sobre as experiências dos pacientes. Acompanho os *efeitos do cuidado* não só no viver, enquanto este ainda é possível, mas na forma como se morre, sentindo-se menos desamparado afetivamente, apesar de toda a agonia diante de uma morte inesperada e sem que sua rede de sustentação possa estar presente.

A despeito dos pedidos dos pacientes, e do nosso desejo, não podemos salvar todos da sua própria morte, mas podemos oferecer acolhimento até o fim, *nutrindo-nos* também dessas trocas afetivas. Dito de outro modo, o envolvimento e o empenho dos profissionais da linha de frente constituem diferencial significativo para quem recebe os cuidados, e pode ser ferramenta valiosa de reconhecimento e orgulho para quem os oferece quando se percebem não só doando, mas também recebendo.

#### **4 – Estratégias de enfrentamento: recursos possíveis frente à iminência do desamparo**

Antes de trazer mais algumas ideias acerca das atuações nesse cenário, cabe destacar o que para nós psicanalistas parece uma obviedade, mas que pode ser facilmente negado ou esquecido na prática corrida dos cuidados diários. Cada um dos pacientes internados é um sujeito constituído antes de sua doença.

---

<sup>6</sup> Vemos que as principais atividades prazerosas citadas são relacionadas a exercícios físicos e a passar tempo junto com quem se gosta, sendo que ambas estão bastante restritas pelo distanciamento social preconizado. Trabalhamos a reinvenção dessas e a descoberta de outras fontes de relaxamento.

Com suas histórias, suas marcas, seus sintomas, seu modo de agir no mundo. Apesar de muitas ressonâncias, cada um vive essa experiência à sua maneira, com reações diferentes, que ecoam a partir de suas organizações psíquicas e dos afetos mais primitivos. Um pedido ou um ato fundamental para alguns, pode ser invasivo e iatrogênico para outros, o que claramente denota a riqueza e a complexidade do nosso trabalho. Apontarei agora *estratégias de cuidado* diretamente com os pacientes, que foram sendo pensadas e estruturadas na busca por garantir a humanização do atendimento no sentido amplo, sem esquecer as particularidades de cada sujeito em questão.

A literatura de grandes desastres denomina Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) as técnicas de manejo para estabilização emocional de sofrimento agudo, que englobam primeiramente fornecer informações e atendimento às necessidades básicas (OPAS, 2002). Tratar da comunicação aparece como o primeiro e mais importante cuidado à saúde mental nessas situações. Para os pacientes que estão isolados, saber do seu quadro, da rotina do hospital e das condições para alta, por exemplo, diminui significativamente a angústia, uma vez que os apresenta a um meio fidedigno e coerente, no qual se pode confiar. Quando o HCAP estava com sua lotação máxima, essa articulação se fez ainda mais fundamental, uma vez que o clima de urgência provocava ruídos de comunicação, somando-se a escassez do tempo de contato à própria desorganização psíquica do paciente nesse momento em que a pandemia é também interna. Nesse sentido, o trabalho realizado é bastante psicanalítico, pois a ajuda, que se inicia com o fornecimento de informações concretas, vai se direcionando mais para a construção de perguntas e autorização de endereçá-las.

Junto com a facilitação da comunicação, ficamos atentos a necessidades que, se não atendidas, atrapalham qualquer trabalho psíquico a ser desenvolvido. Entendo que os PCP se aproximam dos conceitos ampliados de *holding*, *handling* e apresentação do mundo como intervenções fundamentais de uma maternagem suficientemente boa (WINNICOTT, 1982). Seguindo essa linha, ao entrar no quarto de um paciente portando EPIs que nos fazem parecer distantes e ameaçados, tento inverter essa lógica, perguntando de que forma eu posso ajudá-lo. Desse questionamento, surgem os pedidos mais diversos e, da tentativa de atendê-los, alguma estabilidade emocional e o início de um vínculo de confiança, condições de possibilidade para seguirmos adiante. Assim, já pus muitos celulares para carregar e procurei alguns que estavam perdidos pelo quarto há dias – o que reforçava o sentimento de solidão sentido. Já liguei para os setores competentes para falar de uma intolerância alimentar, já pedi para a família trazer algum objeto pessoal ou passar um telefone de contato. Já

calcei meias, cobri e descobri, e dei muitos copos de água que parecem possibilitar a fala em seguida, menos seca e mais esperançosa.

Após a criação do que sugiro que possa ser pensado como um espaço potencial (WINNICOTT, 1975) em que o sujeito possa sentir-se mais protegido, reorganizado e integrado, é possível:

- perguntar sobre sua biografia básica, em busca de conhecer um pouco mais com quem estamos lidando: como quer ser chamado, com quem mora, como é composta sua família, se ainda trabalha;
- nomear e legitimar os sentimentos, dando crédito às dores e ao medo antes de mais nada. (Muitos pacientes estão vivenciando lutos de pessoas próximas enquanto se deparam com a sua própria finitude);
- relativizar o mito do herói, desconstruindo as ideias de que sofrimento psíquico é fraqueza e doença é incapacidade. No caso dos bombeiros-pacientes com COVID-19, além de sentirem-se desempregados da função de salvar vidas, têm que lidar com o fato de, dessa vez, serem eles que correm e oferecem risco;
- desculpabilizar o paciente, apresentando a ele o acaso e relativizando o controle;
- minimizar a ansiedade em relação ao futuro, tentando centrar o pensamento no presente. A tentativa de controle costuma decorrer em crises de ansiedade e irritabilidade.<sup>7</sup> A pergunta sobre como está o paciente *naquele* dia, por exemplo, parece guardar a esperança de um futuro diferente;
- apresentar o hospital como um lugar de cuidado e não de invasão, prisão e nem mesmo cura. A sensação de estar refém fica aumentada pelo isolamento forçado, sendo importante tentar ajudar o sujeito a ressignificá-lo como um fator protetivo e não de abandono;
- e orientar o uso do celular para aproximação com pessoas significativas, mantendo-se conectado afetivamente. O isolamento preconizado é apenas físico.

Para o paciente que está sem condições de fazer chamadas de vídeo sozinho (por estar sem celular, sem internet ou mesmo pelo nível de cansaço extremo ser algo que impossibilita ações básicas sem ajuda, como exemplifiquei acima), me ofereço para viabilizar esse encontro virtual com quem ele quiser.<sup>8</sup> Faço primeiro

<sup>7</sup> Cabe salientar que fornecer informações possibilita segurança e não controle.

<sup>8</sup> Conseguimos um telefone funcional e uma fonoaudióloga me acompanhou nessa empreitada na época do pico de interações.

uma ligação, na qual me apresento como psicóloga e antecipo seu estado geral (se está com oxigênio, cansado, confuso, sonolento, emotivo, etc.).

Quando o quadro está favorável, com paciente e família<sup>9</sup> razoavelmente confortáveis e esperançosos, esses momentos são de muita alegria. Por vezes, vão adicionando pessoas às chamadas; em outras, marcam encontros para receber a ligação naqueles dias e horários que ficam estabelecidos a partir do primeiro contato. Participo de verdadeiras festas virtuais, com direito a choros, risadas, rezas, cartazes, músicas, rondas pelas casas, entre outros atos de afeto. Contudo, quando o paciente sabe que não está bem, por vezes já com a notícia de que será intubado em seguida, acompanho despedidas, que associam declarações, agradecimentos, perdões, pedidos e muita emoção. Aqui, vivencio de entrega de senhas à solicitação de cuidados para alguém. Tento ajudar na ressignificação da intubação como um momento de descanso, de pausa no sofrimento, e não de desistência – nem da equipe, e nem do paciente. Segue sendo uma aposta quando outras se tornam de maior risco.<sup>10</sup>

Os pacientes ficam muito gratos e relatam uma renovação que associo a um resgate da subjetividade, propiciado pela lembrança do pertencimento e dos vínculos significativos. Dito de outro modo, esse contato parece lembrar aos sujeitos quem eles são e por que estão lutando, vinculando-os à vida em um momento de experiência tão próxima à morte. Ainda na direção de propiciar essas *ligações vitais*, entro em contato com as famílias para oferecer que deixem mensagens de voz para os pacientes que estão intubados, sugerindo apenas que sejam recados que transmitam afeto, mas não desespero.<sup>11</sup> Apesar de não sabermos o que cada um consegue ouvir com a sedação associada à ventilação mecânica, sabemos da importância para quem está falando. Dessa forma, são feitas declarações, que servem para uma melhor elaboração de um possível luto. Quando os pacientes estão diminuindo a sedação, já pudemos perceber reações físicas ao colocarmos as mensagens de voz ao lado do seu ouvido, como pressão arterial e saturação de oxigênio subindo, além de lágrimas escorrendo.

---

<sup>9</sup> Me referirei à família de forma mais ampla, incluindo nesse conceito pessoas que estão na rede de afeto mais próxima.

<sup>10</sup> Hoje, essa visita virtual já ganhou um espaço tão significativo, que a equipe consegue se organizar para dar privacidade ou até mesmo para deixá-los arrumados para esses encontros.

<sup>11</sup> Não são recomendadas as vídeo-chamadas para pacientes sedados porque não temos autorização deles para uso da sua imagem. Por isso também não podemos enviar fotos, por vezes solicitadas pelas famílias.

## 5. Relato de um testemunho

Buscando exemplificar as possibilidades de um trabalho baseado na *ética do cuidado* na linha de frente dessa pandemia, escolho trazer o caso de uma paciente de 46 anos, que atendi antes, durante e depois da intubação, em uma internação que durou dois meses. Vou chamá-la de C e adianto que ela ficou conhecida como “o maior milagre da enfermaria COVID do HCAP”.

No início da internação, C estava aflita, com muita falta de ar, conseguindo pouco falar sobre seu medo da morte, estampado em seu rosto e traduzido com a minha ajuda. Alguns dias depois, ela precisou ser intubada e seu estado de saúde seguiu se agravando muito. Seus exames não melhoravam e os médicos reafirmavam a quase inevitabilidade de sua morte próxima. Sua internação foi durante os meses do hospital mais cheio, e só consegui ligar para o seu marido para oferecer que enviasse mensagens de voz depois que ela já estava há vários dias em ventilação mecânica. A partir daí, sem termos certeza do porquê, C começou a reagir e houve uma virada surpreendente em seu quadro. Assim que a sedação começou a diminuir, a primeira lágrima escorreu. Na semana seguinte, ela já estava de olhos abertos, acenando para mim com um sorriso espontâneo de reconhecimento e agradecimento. Tinha vagas lembranças das mensagens, “como se fossem sonhos”, dizia ela. Ainda não conseguia emitir sons (estava traqueostomizada), mas queria fazer uma vídeo-chamada para ver seu marido, filho e irmã. Através de mímicas, me pediu para achar sua bolsinha, que tinha uma dupla função. Nela estavam o pente que queria usar antes de se reapresentar à família depois de um mês e o nome do seu marido bordado, duas marcas de sua história, a qual delineava novos caminhos.

Durante essa primeira chamada, a surpresa e a emoção foram enormes, inclusive para mim que descobri que seu marido, com quem até então eu falava sem ver, era um colega querido, com quem eu tinha trabalhado junto há anos. Havia algo daquele sujeito que fez mais sentido quando o reconheci, fazendo-me ressignificar seu otimismo como esperança e não como negação, como me parecia anteriormente. Sua força e seu bom humor sempre foram traços importantes pelos quais era conhecido, e o sustentaram acreditando na recuperação de sua esposa, apesar de todas as tragédias anunciadas. A integração da história de cada um às circunstâncias que vivíamos ali pôde me levar a um manejo mais apropriado, sendo mais uma ferramenta do que um obstáculo.

Nos dias subsequentes, momentos de muito medo, tristeza, frustração e saudades se intercalaram com dias em que o alívio de estar viva e suas conqui-

tas é que ganhavam o iluminador de texto. Chorava de saudades do filho, um adolescente estudioso e introspectivo, que ela achava estar sofrendo calado. “E como é ruim sofrer calada, não é?”, eu perguntava a C, que ainda lutava para ser compreendida. Perguntava-me muito sobre o risco que ainda corria, mostrando-se angustiada pela não garantia de que ela se manteria viva e sem sequelas. Será que ela podia apostar na vida sem um risco muito alto?

Exemplifico essa gangorra de sentimentos com um dia que marcou toda a equipe presente. C estava resistente a tomar banho na cadeira. Seria sua primeira saída do leito depois de muito tempo e ainda com dependência de oxigênio suplementar. Escutei-a, ajudei a nomear seus sentimentos e traçamos estratégias que a amparassem e assegurassem mais confiança. Enquanto isso, por acaso, seu marido chegou ao hospital para levar produtos pessoais que ela havia pedido no dia anterior. Mais uma bolsinha trazia objetos que poderíamos chamar de transicionais, tamanha a representatividade deles. Aproveitando essa sincronia temporal, a presença de técnicos e fisioterapeutas bastante empenhados na reabilitação de C, e a coragem da mesma de atravessar seus fantasmas, sugeri ao seu marido que fosse para debaixo da pequena varanda que ficava atrás do seu leito, e a ela que nos desse a oportunidade de deixá-la em pé, apoiando-se no quê e em quem precisasse. De novo, presenciamos uma cena inesquecível de reencontro, *à la* Romeu e Julieta. Da sacada, C, muito cansada, sussurrava e gesticulava o que queria poder gritar: seu amor e suas dores, e ele, mesmo de longe, se mantinha em sintonia, falando baixo, como quem fala com um bebê de quem está cuidando. Ela aguentou ficar ali poucos minutos, pois já havia feito muito esforço no banho, mas a sensação de pavor, de quem não podia se afastar do monitor para o qual olhava o tempo todo, não parece ter voltado para a cama com ela.

Após alguns dias, C recebeu alta do hospital com prescrição de oxigênio domiciliar e fisioterapia regular. Segue sua reabilitação motora até hoje, fazendo uso de órtese em membro inferior devido a uma seqüela neurológica. Apesar das sucessivas dificuldades, já recebi vários vídeos seus caminhando e respirando por conta própria, compartilhando a reconstrução de seu percurso.

## 6. Reflexões compartilhadas

Todos que atravessam uma pandemia são também por ela atravessados, com lutos, marcas e vicissitudes, atualizados e novos. A maioria da literatura disponível para pensarmos nos sofrimentos psíquicos e intervenções que os minimize

em grandes desastres é relacionada à Psicologia das Emergências e à Saúde Mental e Atenção Psicossocial no âmbito da Saúde Coletiva. No entanto, neste artigo, assim como na prática descrita, procurei associar essas chaves de leitura a outras provindas da psicanálise, que vou explorar um pouco mais agora.

Sabendo que a internação do paciente com COVID-19 se dá, em última instância, porque ele corre risco de morte pela doença, e associando ainda o fato de que ele passará esse tempo sem poder estar junto fisicamente das pessoas que lhe são importantes, poderíamos pensar que essa deve ser uma experiência traumática para qualquer um que a viva. E, realmente, muitos deles, em especial os que estão com um quadro de saúde mais grave, nos apresentam o retrato do desamparo: sentem-se mal, sozinhos, dependentes e com pânico da morte.

Contudo, apesar dessa potencialidade traumática, conseguimos acompanhar alguns sujeitos se reinventando das formas mais inesperadas, se apegando à pulsão de vida e às ofertas de escoamento e anteparo que podemos proporcionar, como as *ligações* que, inspirada em Birman (2020), chamei de *vitais*, que viabilizam encontros consigo mesmo através do outro. O que nos torna fortes é a nossa capacidade de nos conectar, em especial quando as forças físicas são poucas. Quase não vejo esses pacientes lendo, escrevendo e nem mesmo vendo TV, como ocorre com outros internados no pavilhão geral. É preciso muita criatividade para lidar com a imprevisibilidade sem qualquer recurso que necessite do corpo ou de concentração. Trabalhar alguma mobilidade psíquica e gestos viáveis é um grande desafio na direção da saúde e me parece possível apenas através do vínculo.

Com cuidados ambientais facilitadores e a promoção de novos modos de presença, o isolamento físico se diferencia do isolamento emocional e alguns sujeitos – com seus elementos estruturantes pré-existentes – podem seguir à espera menos angustiada de um porvir. A equipe de saúde oferece diariamente essa sustentação, através de sua presença ativa e disponível. Junto a isso, objetos que estou denominando de transicionais por ajudarem a produzir sentidos e conexão – como cartas, desenhos, fotos, bolsas com pertences pessoais e celulares – ajudam nesta empreitada, se destacando por minimizar a solidão. Através desse espaço potencial, viabilizamos a integração das experiências e a restauração da confiança no outro e no amanhã.

Como sugere Prochet (2020), a resiliência nesses tempos se traduz por nos mantermos nós mesmos, sem sermos os mesmos. A dor – seja física ou psíquica – e o medo são comunicações, sinais de alerta a serviço de nossa sobrevivência, e precisam de um interlocutor que os legitime. Estão associados a

uma situação-limite, uma ameaça ao senso de inteireza. Quando os sujeitos sentem segurança para expressá-los, aumentam as chances de trazê-los para o campo da proteção, e não da paralisia. Mas, apesar de toda essa oferta, levada ao limite, a dor rompe ligações, como vejo com pacientes que estão em plena angústia-sinal e não querem ou não conseguem fazer nenhum tipo de comunicação com o mundo. Corpo e psiquismo parecem poupar energia. Lúcidos, balançam a cabeça, fecham os olhos, demonstrando a impossibilidade de naquele momento se manter em conexão. É uma angústia que transborda para o corpo e aumenta ainda mais a falta de ar, que muitas vezes só cessará com um *respira-dor*. Nesses casos, me ofereço como alguém que tem coragem para escutar e responder sem pavor, mas também lanço mão da presença silenciosa e do toque, apenas acompanhando a agonia para que esta não seja vivida tão solitariamente.

Ferenczi (1928/1992) nos ensina sobre a elasticidade da técnica: adaptações, como a citada acima, para casos (ou situações) de difícil manejo. A clínica do cuidado, na qual as formas de expressão importam mais do que o conteúdo, nos embasa para técnicas mais ativas, trabalhando a empatia e o *sentir com* em busca de um cuidado *na e pela* integridade do sujeito. Essa flexibilidade não nos desloca do lugar de analistas, e sim nos autoriza a dar mais atenção às necessidades, ao ritmo e às modificações no decorrer do processo. Em suas palavras: “Procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza até o fim, à nossa posição ditada pela experiência analítica” (1928/1992, p. 36).

Para Figueiredo (2007), podemos fazer isso como presença implicada (acolhendo, reconhecendo e interpelando) ou como presença reservada (dando tempo e espaço, esperando e mantendo-nos disponíveis). Ele enfatiza o equilíbrio dinâmico entre essas diferentes formas de presença, sempre em função do que se observa sobre quem está recebendo o cuidado. Entretanto, mesmo com esse enfoque no que o paciente precisa, essa ideia se associa à de uma renúncia à nossa onipotência, dialogando, assim, com o cuidado mútuo e possível, que destaquei ao longo do artigo. Explicando melhor:

(...) seja na análise seja na vida e em qualquer experiência de cuidado são inegáveis os malefícios da implicação pura (...) mesmo quando, e principalmente quando, são justificados pelas melhores razões humanitárias: salvar, socorrer, curar a todo custo! (...). Trata-se, enfim de renunciar às fantasias reparadoras maníacas: é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar

de si... deixar-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade dos cuidados é um dos fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido (...). Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador muito mais sensível aos objetos de seus cuidados e muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados (FIGUEIREDO, 2007, p. 20).

## 7. Conclusão

Muitos foram os desafios apresentados e ainda vivenciados na experiência compartilhada: ajudar a promover a capacidade de sentir, pensar e criar, emprestando meu olhar e minha fala, instrumentalizar os profissionais para uma empreitada desgastante e sem previsão de término, deslocar o paradigma de salvar para o de cuidar, acompanhar processos de recuperação difíceis e de mortes sofridas, comunicar más notícias, apoiar a família no processo de elaboração do luto, que se torna mais difícil pela inesperabilidade da morte e pela falta dos ritos tradicionais de despedida, entre outros.

Faz parte das atribuições da psicologia do CBMERJ oferecer suporte aos militares que estão envolvidos no socorro às vítimas de desastres de grande porte. A diferença é que agora estamos vivendo um momento singular de experiência traumática coletiva, em que a emergência do outro é também a nossa. Os pacientes internados precisam que cuidemos deles *enquanto* cuidamos de nós, reconhecendo e aceitando nossos medos e a angústia decorrente de muitos *não saberes*. A aposta tem sido estimular a *conexão* em um tempo em que estamos ameaçados pelo *contato* com o outro.

Lutamos para contrapor ao sentimento de desamparo as armas possíveis e para sairmos vivos dessa pandemia, mas temos um horizonte de possibilidades mais amplo na direção de nossa saúde mental. Sair com uma maior aceitação de nossa finitude, com uma expansão de nossa capacidade de lidar com afetos e adversidades, com o reconhecimento genuíno de que dependemos uns dos outros, e com uma revalorização do que é fundamental para si. Todo estado de exceção exige criatividade, superação e ressignificações. Sigamos na *esperança ativa* de obtermos essas conquistas.

### Tramitação

Recebido 15/09/2020

Aprovado 04/11/2020

## Referências

- BEZERRA, B. *Saúde mental e desigualdades na pandemia*, 2020. Disponível em: <<http://youtu.be/GbpaG4Yjax8>>. Acesso em: 29 mai. 2020, 1:13:26.
- \_\_\_\_\_. *Psicanálise em tempos de COVID-19: compartilhando reflexões*, 2020. Disponível em: <<http://youtu.be/ngZG5o1RkCc>>. Acesso em: 30 mai. 2020, 1:24:02.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19*, 2020. Disponível em: <<http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saude-Mental-e-Atencao-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19>>. Acesso em: 01 jul. 2020.
- BIRMAN, J. *Os efeitos psicológicos da pandemia*, 2020. Disponível em: <[http://m.youtube.com/watch?v=qGoDnO\\_3YU](http://m.youtube.com/watch?v=qGoDnO_3YU)>. Acesso em: 17 mai. 2020, 57:44.
- FERENCZI, S. (1928). *Elasticidade da técnica psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p.25-36. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 13-30, 2007.
- FULGÊNCIO, L. A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A peste: revista de psicanálise e sociedade e filosofia*, São Paulo, v. 3, n. 2, 2011.
- FREUD, S. (1917[1915]). *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 91-167. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).
- \_\_\_\_\_. (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 17-75. (ESB, 18).
- \_\_\_\_\_. (1926[1925]). *Inibições, sintomas e ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 249-263. (ESB, 14).
- NASIO, J-D. *A dor física*. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz - Companhia das letras, 2008.
- NOAL, D. da S. *O novo coronavírus e a nossa saúde mental*. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40533>>. Acesso em: 25 ago. 2020.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPAS, 2002.
- PEREIRA, M. E. C. *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999.
- PROCHET, N. *Coração aos trambolhões: encontros e não encontros em tempos de pandemia*, 2020. Disponível em: <<http://youtu.be/6RulPDjJq8s>>. Acesso em 06 jun. 2020, 49:47.

VERTZMAN, J.; ROMÃO-DIAS, D. Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>>. Acesso em: 01 set. 2020.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

\_\_\_\_\_. *O bebê e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1994.