



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

IASMIN MARIA DE OLIVEIRA

**A MORTE NA LINHA DE FRENTE:
A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Maceió
2022

IASMIN MARIA DE OLIVEIRA

**A MORTE NA LINHA DE FRENTE:
A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Susane Vasconcelos Zanotti.

Maceió

2022

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

O48m Oliveira, Iasmin Maria de.
A morte na linha de frente : a experiência de médicos durante a pandemia da COVID-19 / Iasmin Maria de Oliveira. – 2022.
114 f. : il.

Orientadora: Susane Vasconcelos Zanotti.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 69-74.
Apêndices: f. 75-114.

1. Morte. 2. Pandemias. 3. Medicina. 4. Psicanálise. I. Título.

CDU: 159.964.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

IASMIN MARIA DE OLIVEIRA

Título do Trabalho: **"A MORTE NA LINHA DE FRENTE: A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19"**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:
Orientadora:



Profa. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti (PPGP/UFAL)

Examinadores:



Profa. Dra. Maria Virgínia Filomena Cremasco (UFPR)


1518411

Prof. Dr. Charles Elias Lang (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 27 de setembro de 2022.

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido até aqui não foi livre de dificuldades, e só foi possível porque, apesar de ter sido um processo solitário, eu não estive sozinha. Agradeço, primeiramente, ao Arthur, pela parceria cotidiana, pelo apoio desde o início deste sonho e por ter proporcionado o privilégio de conseguir me dedicar exclusivamente ao mestrado no primeiro ano.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e pela luta diária que me permitiu estudar e crescer profissionalmente.

Às minhas irmãs, pelo companheirismo, pela força e por partilhar comigo cada conquista.

Aos meus sobrinhos, pelos momentos de alegria que só as crianças sabem promover.

Às minhas amigas da faculdade, que estão sempre ao meu lado e me fazem acreditar naquilo que, por vezes, julguei impossível.

À minha orientadora, Prof. Dra. Susane Zanotti, pela disponibilidade, dedicação e paciência durante cada etapa desse processo. Obrigada por ter apostado junto comigo nesta pesquisa e por ter sido o suporte quando imaginei que não iria conseguir. Agradeço pelos ensinamentos na pesquisa, na docência e na psicanálise.

Ao Professor Doutor Charles Lang, pelas contribuições na qualificação e pela disponibilidade para a defesa.

À Professora Doutora Maria Virginia Cremasco, pelo cuidado em cada observação na qualificação e por aceitar o convite de compor a banca de defesa.

Ao grupo de pesquisa *R.S.I.*, pelas trocas e discussões: Morgana Souza, Raianne Lima, Alessandra Kamila Cabral, André Lucas Guedes, Gabriela Lins, Heitor Azevedo, Priscilla Amorim, Lais Timoteo, Larissa Bezerra, Layla Borges, Lidia Dias, Lilian Rodrigues, Marta Barboza e Priscila Gomes.

À Priscilla Henrique de Amorim Santos, por dividir comigo um processo na pesquisa desde à graduação. Obrigada por cada conversa, cada palavra de apoio e por ter tornado este caminho menos solitário.

À Isadora Veiga, pela cuidadosa revisão, pelo apoio de sempre e pela disponibilidade.

À Ana Eliza.

À Vanessa Cavalari, por permitir a realização da pesquisa em seu setor e pela disponibilidade em mediar o contato com os profissionais de medicina.

Aos médicos e às médicas, que, gentilmente, participaram da pesquisa e possibilitaram a construção desta dissertação.

DEDICATÓRIA

À minha vó, Mãe Deta (in memoriam), nossa matriarca, por me ensinar a ser forte, pelas ligações semanais e por continuar me ensinando mesmo após sua partida.

RESUMO

A morte ocupou lugar de destaque durante a pandemia da COVID-19, que teve início em 2020. Os números crescentes de perdas provocado pela doença convocava cada um a se aproximar da possibilidade da sua própria finitude. Partiu-se da ideia da própria morte, a partir do discurso freudiano como algo impossível de representação no psiquismo, para se questionar se o contexto pandêmico seria passível de provocar efeitos no discurso sobre a morte, principalmente para os profissionais de saúde que experienciavam no cotidiano diversas perdas. Desse modo, a pesquisa teve como objetivo investigar a morte na experiência de médicos da linha de frente durante a pandemia a partir do referencial psicanalítico freudiano. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais de medicina que atuaram na linha de frente de um hospital público no estado de Alagoas. A análise das transcrições das entrevistas ocorreu com base na proposta de Bardin, tendo a psicanálise como corpo teórico norteador para a análise semântica do conteúdo. Os entrevistados apontaram que a pandemia evidenciou uma ruptura no ideal da medicina e as limitações impostas pela ausência de conhecimento provocaram frustração. A iminência da morte na experiência dos médicos apareceu enquanto falha, como algo a ser negado, contornado e como fonte de sofrimento. A morte na formação médica possui sua função de contribuir com o aperfeiçoamento da prática profissional, mas é insuficiente, pois a incessante tentativa de contornar a finitude evidencia ainda mais que existe algo que escapa ao sujeito. A pandemia provocou efeitos para os médicos deste estudo ao trazer a morte para linha de frente e questionar o lugar que o encontro com a finitude possui em suas vidas.

Palavras-chave: Morte. Pandemia. Medicina. Psicanálise.

ABSTRACT

Death occupied a prominent place during the pandemic of COVID-19, which began in 2020. The increasing numbers of losses caused by the disease summoned each person to approach the possibility of his own finitude. We started from the idea of death itself, from the Freudian discourse, as something impossible to represent, to question whether the pandemic context would be likely to cause effects on the discourse about death, especially for health professionals who experience various losses in their daily lives. Thus, the research aimed to investigate death in the experience of frontline doctors during the pandemic from the Freudian psychoanalytic referential. To this end, semi-structured interviews were conducted with 10 medical professionals who worked in the front line of a public hospital in Alagoas. The analysis of the interview transcripts was based on Bardin's proposal, with psychoanalysis as the guiding theoretical body for the semantic content analysis. The interviewees pointed out that the pandemic showed a rupture in the ideal of medicine, and the limitations imposed by the absence of knowledge caused frustration. The imminence of death in the experience of the doctors appeared as a failure, as something to be denied, circumvented; and as a source of suffering. Death in medical training has its function, but it is insufficient, because the incessant attempt to get around finitude makes it even more evident that there is something that escapes the subject. The pandemic provoked effects for the doctors in this study by bringing death to the forefront and questioning the place that the encounter with finitude has in their lives.

Keywords: Death. Pandemic. Medicine. Psychoanalysis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos participantes	33
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CFM	<i>Conselho Federal de Medicina</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PERCURSO METODOLÓGICO	18
2.1 Pandemia, Morte e Psicanálise	19
2.1.1 O impossível da morte: considerações a partir da clínica médica	21
2.1.2 A inevitável transformação da morte na pandemia: perspectiva psicanalítica.....	26
2.2 Vamos falar sobre a morte?	31
2.2.1 Cenário de pesquisa	31
2.2.2 Entrevistas.....	34
3 SER MÉDICO DIANTE DA PANDEMIA.....	37
3.1 Do ideal ao real	38
3.2 Os três tempos da pandemia.....	42
3.3 O médico frente à morte	46
4 MORTE E PANDEMIA.....	51
4.1 Guerra, Política e Religião: três faces da pandemia	51
4.2 A morte: um medo médico?	58
5 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES	75
APÊNDICE A: ENTREVISTA.....	75
APÊNDICE B: TRANSCRIÇÃO NA INTEGRA DAS ENTREVISTAS.....	77

1 INTRODUÇÃO

“Ainda prefiro a existência à extinção. Talvez os deuses sejam gentis conosco, tornando a vida mais desagradável à medida que envelhecemos. Por fim a morte nos parece menos intolerável do que o fardo que carregamos” (FREUD, 1926/2017, p. 4)

O interesse pelo campo da saúde tem origem na experiência de atuação enquanto psicóloga no ambiente hospitalar durante a Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Nefrologia entre 2018 e 2020. Estar inserida em um contexto predominantemente centrado em saberes biomédicos fez surgir questões acerca do modo pelo qual a subjetividade era tratada naquele contexto.

Em síntese, a subjetividade, para a psicanálise, é definida como dividida em duas ordens de funcionamento, relativas ao consciente e ao inconsciente, e essencialmente constituída pela sintaxe inconsciente. O sujeito da psicanálise é o sujeito do desejo, estabelecido por Freud através da noção de inconsciente, marcado e movido pela falta; distinto do ser biológico e do sujeito da consciência filosófica (TOREZAN; AGUIAR, 2011, p. 552).

Diante dessa experiência profissional e do encontro com uma prática que insistia em anular a subjetividade, a pesquisa passou a ser a principal aliada para compreender o modo como os saberes iam sendo construídos e disseminados. Ainda durante a residência, a pesquisa com os profissionais de saúde se tornou uma das principais ferramentas para realizar uma investigação conceitual sobre Cuidados Paliativos em Nefrologia. O interesse pela morte/finitude começava naquele contexto em que foi observado que os cuidados paliativos só eram pensados quando o paciente já se encontrava em processo de morte. Havia um movimento de negação frente ao fim de uma vida, sendo adiado ao máximo o início de uma atenção baseada nos Cuidados Paliativos.

No início do mestrado em 2020, pretendia-se realizar uma pesquisa teórica sobre o adoecimento do corpo na atualidade a partir da perspectiva do sofrimento psíquico durante a hospitalização. O ano de 2020 foi assolado pela pandemia da COVID-19 – “doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves.” (BRASIL, 2020). Neste contexto, o mundo foi marcado por um vírus que transformou a vida das pessoas, através não apenas das consequências do adoecimento do corpo, mas também pelos efeitos causados pelo isolamento social e

confinamento (IZCOVICH, 2020). Diante disso, ficou evidente que as pesquisas pensadas antes da pandemia iriam ser afetadas, diretamente ou indiretamente. Em nossa pesquisa, a pandemia se tornou fenômeno central pela sua atualidade e pelos efeitos provocados na vida de cada um.

Estabelecimentos comerciais foram fechados por tempo indeterminado, escolas tiveram seus calendários interrompidos, e apenas serviços essenciais obtiveram autorização de funcionamento. Protocolos de distanciamento social foram aplicados e a circulação de pessoas foi restringida ao mínimo necessário. Os profissionais da linha de frente foram tratados como heróis e havia uma expectativa sobre a atuação profissional e pela produção de conhecimento advinda deste grupo. Os médicos, enfermeiros e demais profissionais passaram a ocupar um lugar de destaque no combate à COVID-19. Houve uma grande repercussão acerca do caráter destruidor da doença que vinha provocando inúmeras mortes, sendo a responsabilidade final pelo tratamento do paciente acometido pela COVID-19 centralizada na figura do médico. Diante disso, o nosso estudo decidiu concentrar a discussão nesta categoria profissional por considerar a intensa sobrecarga gerada pela responsabilidade diante do processo de decisão médica no combate à COVID-19.

A partir do segundo ano do mestrado, o interesse por investigar a morte ficou ainda mais evidente pelo encontro com a potência traumática da morte durante a atuação profissional nas emergências de um hospital geral. A participação durante a comunicação dos óbitos e a experiência com as famílias enlutadas fez a nossa pesquisa ir se distanciando da discussão sobre corpo e adoecimento e ir ao encontro da investigação sobre a morte.

No início da pandemia em 2020, a morte passou a ocupar um lugar de destaque na sociedade como acontecimento para o qual não tínhamos saída. Para os profissionais de medicina, a morte estava presente cotidianamente como fonte de sofrimento. Diante disso, a nossa pesquisa investigou a questão da morte a partir das experiências de médicos durante a pandemia da COVID-19, sendo a psicanálise freudiana utilizada como referencial teórico. Para isso, foram realizadas entrevistas com médicos que atuaram em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) COVID-19 de referência do estado de Alagoas.

O uso da psicanálise freudiana enquanto referencial teórico se justifica a partir da ideia de investigar a morte para além da morte biológica **com foco da dimensão inconsciente da finitude**. Assim, a psicanálise poderia fornecer subsídios para discutir os efeitos psíquicos do encontro com a morte no campo da medicina durante a pandemia da COVID-19. Na psicanálise não se intervém sobre o que a clínica médica trata – os órgãos –, e nem sobre o que os filósofos antigos tratavam enquanto *psique* ou *anima* que, posteriormente, foi tratado como “mente”, “psiquismo” ou cérebro pelos especialistas psis (LAIA, 2017). Ou seja, “a intervenção se faz sobre uma espécie de matéria que concerne ao corpo sem ser propriamente orgânica e que toma vida sem se confundir com o que, sob diferentes perspectivas, é designado como “espiritual”, “mental” ou “psíquico (LAIA, 2017, p. 291)”. Neste sentido, Laia (2017) aponta também que a clínica psicanalítica opera com a vida e para a vida, mas sem deixar de enfrentar e localizar o que pode ser mortífero e letal. Contudo, o autor ressalta que não se trata de abordar vida e morte como polarização e combate entre ambos, mas sim de dar lugar a ambas no aparelho psíquico, na advertência de que só há vida porque existe morte.

Historicamente, a morte desde a Idade Média até o século XX passou por diversas transformações no cenário social. Para Ariès (2012), a morte é diferenciada a partir de três intervalos de tempo: 1) Na Idade Média, a morte como fenômeno que pode ser “domado”; 2) Do século XII em diante – quando há um reconhecimento do homem sobre sua existência – a morte inserida em uma perspectiva mais dramática; e, 3) No século XVIII – quando a sociedade se ocupa menos de sua própria morte e mais com a do outro – a morte ganha um novo sentido no ocidente. E em nossa época há um desaparecimento da morte, que agora se torna inominável. Desse modo, tecnicamente, admite-se a possibilidade de morte, porém acredita-se numa imortalidade de si (ÀRIES, 2012).

Na perspectiva psicanalítica, Freud, em 1915, ressaltou que não temos registro inconsciente da nossa morte. O autor propõe ainda que existe um jogo entre objeto e sujeito, em que só é possível imaginar a própria morte quando somos colocados enquanto objeto e não enquanto sujeito. As inúmeras mortes decorrentes da primeira guerra mundial influenciaram na construção teórica freudiana sobre a morte por apontarem para o acontecimento de um reordenamento psíquico diante da possibilidade do fim da vida. Desse modo, a vida passa a ser passível de fim e, como

já nos dizia Freud (1915/2020), “se quiser suportar a vida, prepare-se para a morte [...]” (p. 132). Em sentido semelhante, a aproximação com a possibilidade da morte de pessoas amadas também obedece a mesma lógica, visto que as pessoas que amamos são consideradas partes de nós e por isso, também, há dificuldade de representação inconsciente a morte de quem amamos.

Em relação à guerra, Freud (1915/2020) demarca o caráter devastador e cruel que ocasionou de modo sangrento diversas perdas. Aponta também para a guerra como aquela que “não reconhece as prerrogativas do ferido e do médico e a distinção entre a parte pacífica e a parte combatente” (FREUD, 1915/2020, p. 104). Nesta mesma direção de uma guerra, a pandemia da COVID-19 assola o mundo sem distinção, ainda que de diferentes modos, evidenciando que o responsável por curar – o médico – também está suscetível à contaminação.

Neste sentido, a pandemia e a guerra se assemelham em relação às constantes perdas e ao cenário de destruição que impõem. Lucchini (2020) ressalta que não é possível passar por uma grande guerra sem que vivenciemos profundas repercussões no modo como percebemos o mundo e nós mesmos. Assim, a autora faz referência a Freud, em *Além do princípio do prazer* (1920), indicando que, a partir das novas formas de sofrimento psíquico frente à Primeira Guerra Mundial, o autor ousou perguntar sobre a repetição de experiências traumáticas desprazerosas. A autora se questiona o porquê “de, apesar de sua natureza dolorosa, um trauma se repetir sem conseguir dissipar sua intensidade por redes de associações representacionais”. (LUCCHINI, 2020, 109). Lucchini aponta que entra em cena no discurso freudiano a pulsão de morte.

Um impulso mais primordial do que aquele que conduz a manutenção da vida e das ligações e que nos levaria à destrutividade em seu sentido mais absoluto, ao esvaziamento energético rumo à quietude do ser e à volta ao inorgânico. (LUCCHINI, 2020, 109)

Assim, para Lucchini (2020), o sujeito freudiano sofreria as consequências dessa pulsionalidade mortífera, e as formulações freudianas seriam relevantes para a compreensão do contexto social e político atual do Brasil – apesar de não ser um contexto de guerra. Desse modo, a autora pontua que, com a pandemia da COVID-19, as facetas mais cruéis do discurso político se escancaram diante da celebração explícita da morte por parte das autoridades políticas e de seus apoiadores. Logo, no

contexto em que há o império da destrutividade de modo insistente, o conceito de pulsão de morte se faz necessário.

Ademais, ficamos advertidos de que a repercussão das inúmeras mortes no contexto daqueles que estavam mais próximos disso – profissionais de saúde – poderia ter uma potência traumática devido à ausência de protocolos e saberes sobre o que eles estavam lidando.

A presente dissertação apresenta três principais capítulos 1) Percurso metodológico; 2) Ser médico 3) Morte e pandemia. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na Universidade Federal de Alagoas com o CAEE: 41622620.9.0000.5013.

O primeiro capítulo propõe o detalhamento dos aspectos metodológicos, com a descrição do percurso da pesquisa, a revisão da literatura, o cenário e os participantes da pesquisa. Pretende-se um retorno à literatura sobre a questão da morte para a medicina, bem como sua relação com a pandemia da COVID-19. Além disso, o capítulo possui o intuito de ir ao encontro do que já foi produzido a partir da psicanálise sobre a pandemia. Demarcamos o problema de pesquisa em interlocução com outros pesquisadores, resultando na revisão de literatura que ocorreu a partir de três combinações de descritores: Morte e Covid-19; Morte e medicina; Psicanálise e Pandemia. Vale ressaltar que as pesquisas acerca da pandemia começaram a ser produzidas concomitantemente ao estudo, a partir do segundo semestre de 2020. Assim, a revisão da literatura foi atualizada no decorrer da construção da dissertação.

O segundo capítulo versa sobre as categorias construídas a partir das entrevistas: Ser médico; Três tempos da pandemia e O médico frente à morte. Neste capítulo, evidenciamos os impasses associados aos ideais provocados pela profissão e pelo encontro com o real da atuação. Além disso, aborda-se a posição dos médicos diante do desconhecido da pandemia e da urgência de ação frente às mortes por COVID-19. Do ideal ao real, os médicos situam-se em lugares que oscilam entre a felicidade e a decepção diante da profissão. Além disso, a pandemia é tratada a partir de três tempos: o desconhecido começo, a naturalização diante da produção de conhecimento e a expectativa pela diminuição dos casos. Por fim, “o médico frente à morte” abordou a posição de sujeitos diante do convite ao questionamento sobre a morte na pandemia na prática profissionais e as possíveis repercussões advindas de uma transformação no cenário mundial.

O terceiro capítulo trata das particularidades de cada sujeito diante da morte, enfatizando as semelhanças entre o cenário de guerra e de pandemia e a função da religião como tentativa de saída para a finitude e para o medo diante do desconhecido. Assim, são contemplados neste capítulo dois subitens: Guerra, Política e Religião: três faces da pandemia e A morte: um medo médico?. Neste capítulo, realizamos considerações sobre as soluções encontradas por profissionais de medicina para contornar as questões sobre a morte diante da pandemia. Por fim, abordamos o estatuto da morte frente à pandemia e as limitações na prática médica diante do desconhecido do vírus.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Em *Dois verbetes de enciclopédia*, Freud (1922-1923/1990) apresenta a psicanálise a partir de três caminhos: um procedimento de investigação de processos mentais; um método de tratamento; e uma coleção de informações psicológicas que se acumulam em uma nova disciplina científica. A partir disso, Figueiredo e Minerbo (2006) apontam a pesquisa em psicanálise como “um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento que podem manter com a psicanálise propriamente dita relações muito diferentes” (p. 258). Desse modo, a pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico pode ter como foco processos socioculturais e/ou fenômenos psíquicos para além da clínica (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006), ampliando possíveis campos de investigação. Em nosso estudo, realizamos um procedimento de investigação da experiência sobre a morte – por meio das entrevistas – e com foco em um fenômeno de dimensão social, cultural e científica – a pandemia.

Segundo Figueiredo e Minerbo (2006), a análise de entrevista é de um trabalho de descoberta em que há um movimento de interpretação que segue os procedimentos da clínica, privilegiando uma escuta flutuante. Os recortes realizados ao longo da análise foram feitos sob a advertência de uma transformação a partir da própria construção da pesquisa. Assim, a interpretação, segundo os autores, possui a função de eixo da escuta/recorte dos fragmentos, sendo relativa ao processo que a produziu, logo, singular e impossível de repetir. Ou seja, a análise empreendida aqui diz respeito a uma perspectiva da pesquisadora frente ao objeto estudado.

O psicanalista não aplica teorias, tampouco seria o especialista da interpretação e/ou fantasia, visto que o inconsciente se manifesta para além desses preceitos (ROSA, 2004). Assim, a “observação dos fenômenos, está em interação com a teoria, produzindo o objeto da pesquisa, não dado *a priori*, mas produzido na/e pela transferência” (ROSA, 2004, p. 335).

Em *O futuro de uma ilusão* (1927/2020), Freud aponta: “Não, nossa ciência não é uma ilusão. Mas seria uma ilusão acreditar que poderíamos conseguir em outro lugar o que ela não pode nos oferecer” (FREUD, 1927/2020, p. 293). Ao considerar este apontamento freudiano e a questão da pesquisa em psicanálise, pode-se pensar que a tentativa de enquadramento do modo de pesquisa em psicanálise aos modelos

positivistas pode desviá-la de seu objeto: o sujeito do inconsciente. Vale ressaltar o que Rosa (2004) nos aponta:

[...] O inconsciente está presente como determinante nas mais variadas manifestações humanas, culturais e sociais. O sujeito do inconsciente está presente em todo enunciado, recortando qualquer discurso pela enunciação que o transcende (p. 342).

O inconsciente estaria presente no diálogo comum e para além da clínica, sendo possível uma investigação à luz da psicanálise de um material colhido em entrevistas. Desse modo, é na análise do material que a psicanálise é evidenciada e em função do pesquisador que poderia haver a reconstrução da questão (ROSA, 2004). A partir disso, nossa pesquisa foi delineada por meio de entrevistas semiestruturadas que foram analisadas a partir de uma perspectiva psicanalítica freudiana, baseada em uma escuta de ordem analítica e na teorização do material.

Rosa (2004) salienta ainda que quando se trata do campo do método uma série de questões entra em cena, pois na psicanálise em extensão “a interpretação seria aplicada a material que não provém do inconsciente” (p.332), por não resultar da associação livre. A autora também indica a existência de críticas sobre o seu estatuto como prática em psicanálise que não produz efeito ou remanejamento psíquico pelos sujeitos da pesquisa. Em contrapartida, a autora destaca que o próprio Freud atravessou os campos de saber, tornando-se “testemunha irrefutável da possibilidade de uma psicanálise em extensão” (p. 332). Desse modo, a discussão proposta por Rosa (2004) aponta para a possibilidade de uma análise de um material que não é proveniente do inconsciente, como é o caso das entrevistas aqui realizadas, tornando nosso estudo resultado de uma pesquisa psicanalítica em extensão.

2.1 Pandemia, Morte e Psicanálise

Em uma pesquisa, uma das etapas metodológicas indispensáveis é a revisão da literatura, que consiste em um processo essencial para a construção de pesquisas e “organiza, esclarece e resume as principais obras e pesquisas referentes a um determinado tema” (ZANOTTI; MIURA, 2019, p. 59). A revisão objetiva, ainda, “fornecer uma melhor compreensão do fenômeno estudado por meio de um panorama histórico” (ZANOTTI; MIURA, 2019, p.59). Neste sentido, as autoras marcam que a revisão na pesquisa psicanalítica possui a função de clarear o problema de pesquisa

e realizar interlocução com outros pesquisadores que também realizaram investigação de um determinado tema.

Em nossa pesquisa, ao considerarmos que psicanálise e medicina contemplam modos de pesquisa distintos, a revisão de literatura nos impõe uma dificuldade. Raramente é possível encontrar material que contorne as principais questões dos dois campos. E, como já mencionado, as pesquisas acerca da pandemia começaram a ser produzidas concomitantemente à pesquisa realizada na dissertação. Desse modo, a revisão da literatura foi realizada a partir de uma divisão entre a pesquisa no campo da medicina e da psicanálise. Vale ressaltar que tal separação não pretendia promover um movimento de construção de uma verdade em detrimento de outra, mas sim o de apresentar o que a literatura de cada campo estava produzindo sobre a temática.

Nesse sentido, foi realizado um levantamento bibliográfico em meios eletrônicos na base de dados *Scientific Eletronic Library* (SciELO). Além disso, a busca se estendeu aos sites das revistas de psicanálise. Os descritores utilizados no primeiro bloco foram: (1) Morte *AND* medicina; (2) Morte *AND* COVID. No segundo bloco os descritores foram: (1) Morte *AND* Psicanálise; (2) Pandemia *AND* psicanálise.

A busca no SciELO com os descritores no campo da medicina resultou em 53 artigos no primeiro par de descritores, e 47 artigos no segundo, sendo aplicados três filtros: nos últimos 5 anos, Brasil, Português. Após a leitura dos títulos e das palavras-chaves, foram identificados apenas 18 artigos que tratavam sobre a morte para médicos e estudantes de medicina, e 8 que tratavam sobre a morte no contexto da pandemia. A partir disso, os textos foram lidos na íntegra a fim de compreender o que a literatura médica tinha produzido sobre a morte nos discursos médicos.

A busca no SciELO com os descritores do campo da psicanálise resultou em 7 artigos no primeiro par de descritores e 5 artigos no segundo, sendo aplicados três filtros: nos últimos 5 anos, Brasil, Português. Após a leitura dos títulos e das palavras-chaves, foram identificados apenas 4 artigos que tratavam sobre a morte para a psicanálise, sendo 2 deles no contexto da pandemia. Diante da escassez de estudos no segundo bloco do levantamento bibliográfico, a pesquisa foi ampliada para as revistas de psicanálise e suas edições para a pandemia. Além disso, foram abordadas as discussões a partir de livros lançados sobre a pandemia. A partir disso, os textos

foram lidos na íntegra a fim de compreender o que a literatura psicanalítica tinha produzido sobre morte e pandemia.

2.1.1 O impossível da morte: considerações a partir da clínica médica

Os estudos sobre a morte a partir da clínica médica se dedicam a discutir tecnicamente o modo de lidar com a morte de um paciente, ressaltando problemas na formação acadêmica e indicando protocolos de atuação (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; COSTA; CALDATO; FURLANETO, 2020; CORREIA *et al.* 2020; BRITO *et al.*, 2020; RODRÍGUEZ-CALVO, *et al.*, 2019). Independente do modo de abordar tal questão, a morte passou a ocupar lugar fundamental na prática médica a partir do século XVIII devido ao desenvolvimento científico e tecnológico e da presença dos pacientes nos hospitais (ZAIHAF, 1990). Além disso, os avanços dos cuidados paliativos e da noção de limitação frente à possibilidade de fim da vida do paciente também exerceram uma transformação nesse cenário.

A pesquisa de Meireles *et al.* (2019) aborda a morte a partir de uma visão ética, indicando, a partir do código de ética médico, o que seria vedado ao médico diante da morte de um paciente, bem como a necessidade de determinadas condutas e decisões frente à morte. Assim, a discussão dá margem a uma exigência de que o médico permaneça atuante em casos que se posicionem lado a lado com a possível mortalidade do paciente, prestando a assistência necessária. Em contrapartida, Morais *et al.* (2016) ressaltam a dificuldade na aceitação da morte e que morrer não é um evento apenas médico ou científico, mas sim um acontecimento de dimensão pessoal, cultural e religiosa. Os autores abordam ainda um possível distanciamento emocional por parte dos profissionais no que diz respeito à morte, influenciando no desejo desses profissionais de morrer no hospital – o que se justificaria, para eles, pelo contato cotidiano com a morte no trabalho.

O estudo de Morais *et al.* (2016) indica ainda que os pesquisados atribuem papel importante ao controle da morte, demonstrando preocupação sobre a própria morte e sobre o sofrimento que isso poderia causar às pessoas que convivem com eles. Tal fato dialoga com o que apareceu no discurso dos sujeitos desta pesquisa, no que se refere à morte deles mesmos.

A medicina, por vezes, dedica-se à investigação de questões que estão associadas ao outro, e com a morte isso não seria diferente. A possibilidade de

adoecer e, conseqüentemente de morrer, raramente é abordada entre profissionais de medicina. A literatura médica constantemente realiza estudos com os discentes de medicina a fim de conter, ainda na formação, as possíveis falhas que pudessem surgir na prática futura.

A morte aparece nos estudos como processo natural do ciclo da vida, apresentando uma cisão no sujeito diante do encontro com a morte, principalmente, quando se trata de pacientes jovens. O estudo de Costa, Caldato e Furlaneto (2020) demonstra que os indivíduos pesquisados se sentem incomodados quando presenciam a morte de uma pessoa jovem. Em caminho semelhante, Aredes *et al.* (2018) apontam que, quando o paciente jovem apresenta chances mais favoráveis em relação ao prognóstico, ainda maior é a dificuldade dos médicos em lidar com a morte desse público.

Desse modo, nota-se que quando a morte ocorre de modo a interromper o ciclo natural da vida, há uma repercussão psíquica que posiciona profissional de medicina frente à finitude. Aredes *et al.* (2018) apontam ainda que não há morte fácil para os médicos, e o que pode se modificar nessa experiência é a intensidade do sofrimento, a depender de diferentes critérios que permeiam o cuidado médico, revelando questões de ordem social, ética e moral.

Assim, é possível observar que as limitações da atuação são colocadas enquanto intensificadores dos efeitos psíquicos associados à aproximação com a morte. O médico como responsável por manter a vida dos pacientes posiciona-se como aquele que deve evitar a morte, negá-la. A aproximação destes profissionais com a morte surge no cenário da prática médica, sendo iniciada já na formação para tal. Ainda assim, a morte é associada à falha, tendo como base a ideia de que sempre há algo a mais que se possa fazer.

O mistério da morte é trazido por Correia *et al.* (2020) sob a perspectiva de que ainda há muito a se buscar de conhecimento sobre ela para compreendê-la. Os autores apontam que o lidar com a morte exige dos profissionais o contato com a terminalidade da vida material, o que se torna desafiador e impõe o enfrentamento de algumas emoções. Segundo os autores (2020), realizar uma reflexão sobre o fenômeno da morte e admitir a dificuldade de lidar com ela permite uma mudança no modo do estudante de medicina ver a morte, aproximando-os dela e possibilitando um afastamento da negação (CORREIA *et al.*, 2020).

Para Sobreiro, Brito e Mendonça (2021), a morte, dentre todas as inquietações humanas, seria a mais instigante e a maior fonte de temor. Os autores salientam que não seria o fim em si, mas o processo de morrer e o medo do desconhecido que atuariam como causadores disso. O fato de a morte acontecer nos hospitais convoca o médico, como o profissional que acompanha o doente, a estar preparado para essa vivência. Neste sentido, questionamos: há preparação suficiente para enfrentar o processo de morrer? Se tanto se evoluiu na inserção do fenômeno da morte nos currículos acadêmicos – com disciplinas sobre cuidados paliativos e tanatologia – por que ainda existe tanta dificuldade no posicionamento diante dela?

Segundo Meireles *et al.* (2019), os profissionais possuem perspectivas individuais de como lidar com a perda. Correia *et al.* (2020) indicam também que os médicos – apesar de serem capacitados para lidar com doenças termináveis – sentem-se incapazes de enfrentar o processo da morte, vivenciando um sentimento de culpa, impotência e fracasso. Apesar de estarem advertidos da morte, há um ponto de impossibilidade nisso. Algo que vai além daquilo que é evitável com um processo de formação e que se torna um dos pontos de investigação em nosso estudo.

Correia *et al.* (2020) indicam que o médico foi treinado para lutar em favor da vida, mas que há uma necessidade de que o profissional diminua sua onipotência e reconheça o limite da ciência. Diante disso, a ideia de fracasso e frustração ocupa lugar na vida dos profissionais. Para Correia *et al.* (2018), a morte para a medicina sempre foi tratada enquanto sinônimo de fracasso da atuação médica, sendo abordada na academia sob ponto de vista estritamente científico, sem se aproximar do campo das emoções.

No estudo de Santos, Lins e Menezes (2018) foi significativa a quantidade de estudantes de medicina que falaram sobre a evitação da morte a qualquer custo por considerarem-na um fracasso, diminuindo o foco sobre qualidade de vida dos pacientes e, conseqüentemente, condutas favoráveis e acolhedoras para o processo de morte. O fracasso e a frustração frente às limitações da atuação diante da morte também foram presentes nas entrevistas, *tratando a morte como se fosse evitável*, realizadas na nossa pesquisa, sendo abordadas mais à frente.

Sobreiro, Brito e Mendonça (2021) ressaltam que, apesar do compromisso do médico ser com a vida, a finitude sempre estará presente, independente da competência técnica e da conduta ética. Os autores indicam ainda que, em uma

cultura onde o médico se encontra como ser idealizado capaz de garantir a cura e uma consequente ideia de imortalidade, quando a morte é inevitável afloram sentimentos de culpa e fracasso.

No estudo de Orth *et al.* (2020), os entrevistados relataram despreparo em lidar com o processo de morte do paciente e com o luto de familiares, associando tais processo às ideias de derrota, perda e frustração. Para os autores, o despreparo diz respeito ao ensino focado em tratamento curativo e à ausência de discussões sobre a morte na formação. Em contrapartida, Santos, Lins e Menezes (2018) abordam em sua pesquisa que a morte traz sentimento de frustração e incapacidade para os estudantes de medicina por considerar que na formação a discussão está mais atrelada ao conceito biológico de morte do que às reflexões filosóficas.

Desse modo, tanto para Orth *et al.* (2020) como para Santos, Lins e Menezes (2018), a formação exerce função importante no preparo dos estudantes de medicina. Entretanto, ambos depositam a solução para o lidar com a morte em uma lógica que retira o lugar de sujeito, do médico enquanto dividido e regido por leis diferentes das ordenadoras da consciência. A formação contribuiria ao nível consciente da aquisição de conhecimento sobre a morte, [contudo a leitura do nosso estudo aponta que a posição diante da finitude operaria ao nível inconsciente.](#)

O estudo de Malta, Rodrigues e Priolli (2018), ao comparar alunos de medicina iniciantes com estagiários do último ano, demonstra que ambos apresentam posicionamentos semelhantes quanto ao medo da morte. Desse modo, os estudantes que tiveram algum tipo de aproximação e de acesso às informações científicas sobre a morte não apresentaram mudança quando comparados aos estudantes iniciantes. Isso demonstra para os autores o impacto que a questão da morte possui, independentemente do tempo na prática clínica ou do nível de formação. Neste sentido, o estudo sublinha o impacto da questão da morte – algo que, para a nossa pesquisa, sob o referencial freudiano, diz respeito ao impossível da morte.

Nesta mesma perspectiva de Malta, Rodrigues e Priolli (2018), a lacuna na formação é destacada por Meireles *et al.* (2019) ao apontar que os profissionais de saúde aprendem a lidar com pacientes terminais na prática, o que pode provocar efeitos psicoemocionais graves que interferem na atuação e na relação entre médico, paciente e família. No estudo, os autores trazem como solução um foco maior na disciplina de tanatologia para minimizar o distanciamento entre teoria e prática. Neste

sentido, Santos, Lins e Menezes (2018) apontam que, apesar das questões sobre a morte serem temas discutidos no processo de formação médica, o modo como o conhecimento é transmitido não contempla os múltiplos sentidos que o assunto desperta. Os autores ressaltam que nenhum método proposto poderia esgotar os questionamentos dos estudantes e profissionais, por considerarem que a morte é um tema incognoscível, o que pode ser visto como um ponto de semelhança com a discussão do nosso estudo.

Ademais, Correia *et al.* (2018) evidenciam que os profissionais de saúde têm dificuldade no manejo do processo de terminalidade, apesar de manejarem de modo eficaz as altas tecnologias. A partir do avanço científico da tecnologia na área da saúde, a responsabilidade médica aumentou em relação à cura devido ao acesso dos médicos aos diagnósticos mais precisos e à ampliação de medicamentos (TAMADA *et al.* 2017). O aumento tecnológico pode provocar uma ideia de que há recursos cada vez mais potentes para promover a cura e, conseqüentemente, um afastamento da ideia da morte. A pandemia da COVID-19 provoca uma ruptura nesse processo, enfatizando a limitação tecnológica diante de algo desconhecido, escancarando a existência da morte. Desse modo, a morte de um paciente pode provocar um sentimento de impotência diante da inevitabilidade do fim (SOBREIRO; BRITO; MENDONÇA, 2021), evidenciando as limitações técnicas de contorno da finitude e abrindo espaço para o impossível da morte.

O estudo de Tamada *et al.* (2017) aponta que o avanço biotecnológico da medicina direciona os profissionais ao foco em diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, provocando um movimento de distanciamento em relação à questão da morte, inclusive no que diz respeito ao processo de formação.

Assim, a revisão da literatura no campo da medicina indicou que há uma preocupação da comunidade científica com a formação acadêmica como aquilo que poderia auxiliar na solução de dilemas sobre a finitude. Apesar disso, os autores abrem espaço para algo ininteligível em relação à morte, o que indica que os problemas com a formação podem ser vistos como soluções que contornam o lidar com a morte ao nível consciente. Além disso, os avanços tecnológicos, ao levarem a vida até suas últimas conseqüências, aparecem como ferramentas que distanciam a medicina da finitude.

2.1.2 A inevitável transformação da morte na pandemia: perspectiva psicanalítica

A psicanálise diante da pandemia da COVID-19 sentiu os primeiros impactos a partir das consequências do isolamento e do confinamento. As urgências subjetivas estavam cada vez mais presentes, mas havia um obstáculo em vista: a impossibilidade do modelo presencial na clínica psicanalítica. Diante disso, a prática clínica buscou por novos modos de funcionamento, abrindo espaço para o modelo virtual. A movimentação necessária pelos obstáculos estabelecidos provocou efeitos teóricos para os psicanalistas, o que impactou diretamente nas produções científicas. Os pesquisadores se ocuparam de investigar acerca dos efeitos dessa mudança para a clínica, produzindo, no geral, discussões sobre o virtual na pandemia (DACORSO, 2020; LÓPEZ, 2020; JORGE; MELLO; NUNES, 2020).

A partir da construção de conhecimento sobre o virtual e dos efeitos sentidos na clínica durante a COVID-19, os pesquisadores deslocaram suas pesquisas para os fenômenos decorrente da pandemia. O luto, os rituais, a política, a situação semelhante à guerra, entre outros, atravessaram a literatura científica psicanalítica e promoveram a atualização de noções e conceitos da psicanálise, [como luto, pulsão, mal-estar, entre outros](#). A nossa pesquisa também ocupa esse lugar de investigar um fenômeno decorrente da pandemia: a experiência diante da morte de profissionais de medicina que atuaram na linha de frente. Por isso a revisão da literatura realizada sobre a psicanálise [privilegiou as investigações que tratavam sobre os fenômenos decorrentes da pandemia](#).

Dunker (2020) investiga a pandemia da COVID-19 por meio das lições trazidas pela peste como estado de exceção. O autor aponta para o caráter democrático da peste, por não escolher os corpos para contaminar, e faz referência à morte como razão e medida das vidas. Assim, a peste torna o ser humano igual diante de um elemento em comum, mesmo que não estejam em iguais condições de vulnerabilidade e recursos para enfrentá-la. A peste tem a função de materializar e sintetizar a relação com os outros, pois, com ela, evidencia-se a ideia de contágio e transmissão por meio do contato. Desse modo, a peste não atacaria somente os corpos, mas também as identidades, os sentimentos de pertencimento e de filiação a uma determinada ordem.

Tanto a COVID-19 como a peste, segundo Dunker (2020), convocam-nos a uma dupla tarefa: o enfrentamento do medo e o que fazer diante da angústia. Assim, o medo está atrelado a uma ação que promove a avaliação dos riscos e um cálculo sobre as estratégias. Na pandemia, o medo atua auxiliando na tomada de medidas protetivas, na obediência do distanciamento social e nos hábitos de limpeza (DUNKER, 2020). Para Dunker (2020), a transmissão do vírus de corpo para corpo estaria associada à questão de uma mistura imaginária entre o bem e o mal. Desse modo, a doença se caracteriza como um pretexto ideal para a ativação de preconceitos, invocando fantasmas e revitalizando complexos infantis. Diante da possibilidade de morte, há um encontro com a ideia de falta de sentido da vida, e a resposta viria a partir de crenças inconscientes.

A partir das construções teóricas psicanalíticas de Dunker (2020) sobre a pandemia, evidencia-se a complexidade da crise instaurada em 2020 e as consequências psíquicas que esta pode provocar para aqueles imersos nela. Desse modo, a psicanálise, ao investigar tais fenômenos, possibilita ampliar o olhar para o sofrimento psíquico de modo singular e não por meio de uma generalização mundial.

Para Souza e Henderson (2021), a psicanálise responde à crise pandêmica ao oferecer reflexões e intervenções teóricas que buscam construir “dispositivos de escuta e elaboração do sofrimento que incluam o sujeito do inconsciente mais além de discursos exteriores que o desimplicam desse processo” (p. 2). Durante a pandemia, foram produzidos discursos que buscaram contornar o mal-estar vivenciado pelos sujeitos, no objetivo de ampará-los; e discursos que pretendiam gerir e controlar os afetos do medo, terror e insegurança (SOUZA; HENDERSON, 2021).

A esse respeito, Souza e Henderson (2021) pontuam que, a partir de uma retomada das produções enunciativas dos sujeitos durante a pandemia, foi possível perceber a existência de um saber transformador que busca se fazer reconhecer por esses sujeitos. Os autores perguntam-se “o que essa proximidade cotidiana com a morte pode produzir?” (p. 9) e indicam que “a morte biológica, como pertencente ao registro do real, nunca é suficiente, ela apenas existe quando devidamente demarcada pelo simbólico” (SOUZA; HENDERSON, 2021, p. 9). Neste sentido, o acesso aos testemunhos do estudo dos autores possibilitou, entre outras questões, o encontro angustiante e potencialmente transformador com a morte.

Assim, os autores apontam para o potencial transformador anunciado na vivência do afeto do desamparo e apostam que isto pode provocar, nos testemunhos dos tempos de pandemia, o recolhimento de todo seu potencial analítico e político (SOUZA; HENDERSON, 2021). Os autores ressaltam que o encontro com a morte, apesar de angustiante, também possui sua função transformadora.

Diante disso, compreende-se que, ao trazer à tona o que é negado em função da sua impossibilidade de representação, a pandemia provocaria efeitos na ilusão diante da morte e a traria à superfície. O caráter fortuito da morte seria abolido diante da tendência inconsciente de negá-la (SOARES; RODRIGUES, 2020). No mesmo caminho, Abreu *et al.* (2020) ressaltam que a presença contingente da morte na pandemia aponta a face do desamparo próprio do ser humano e faz lembrar que a morte pode assolar sem aviso prévio. Para os médicos, a morte faz parte do cotidiano de sua prática, e a pandemia ressaltou ainda mais esse encontro, reposicionando a própria morte.

A prática médica também foi objeto de estudo para as pesquisas psicanalíticas. De acordo com Nigri (2020), os médicos foram aqueles que estavam na berlinda, pois as informações que poderiam apaziguar ou assustar vinham deles. Porém, os médicos também estavam em busca de um discurso que pudesse direcioná-los. Para Santos (2020), o maior problema que a COVID-19 provocou foi a desorientação no exercício da medicina na esfera privada e pública. Houve a disseminação do pânico devido à má qualidade de informação científica transmitida pela imprensa, visto que faltava o mínimo de consenso (SANTOS, 2020). Os profissionais não saíram ilesos de efeitos diante de tanto desconhecimento sobre a COVID-19, tendo em vista o caráter negacionista do governo brasileiro.

O estudo de Dias *et al.* (2020) demonstrou a presença de reações emocionais e psicológicas problemáticas nos profissionais atendidos pela psicologia, como: indiferença pelos protocolos; intensa reação de medo e dificuldade no ajustamento da rotina. O medo provocou nos profissionais da linha de frente reações de desespero e paralisação diante do trabalho (DIAS *et al.*, 2020). Frente a isso, uma ideia de reestruturação do aparelho psíquico durante a pandemia pode ser colocada enquanto hipótese, em que o manejo psicanalítico poderia provocar um apaziguamento da angústia por considerá-la a ameaça vital decorrente deste cenário.

Além disso, Almendra *et al.* (2020), a partir de sua pesquisa acerca da psicanálise aplicada ao contexto hospitalar em tempos de pandemia, destaca que há um abalo narcísico do sujeito diante do fracasso do corpo em resistir à doença e frente à ameaça de morte. Desse modo, a dor e o luto em torno da ferida narcísica¹ estão presentes nos discursos dos sujeitos, sendo eles consequências do adoecimento (ALMENDRA *et al.*, 2020). A pandemia se apresenta como um convite para a reflexão da finitude, pois “despimo-nos de nossas certezas narcísicas e estamos à mercê da morte, que iguala a todos (KALLAS, 2020, p. 55).

A morte que surge como consequência de um adoecimento e que iguala a todos resulta de uma transformação sobre seu lugar. Amaral e Cervino (2020) apontam que, frente ao adoecimento do corpo a partir da infecção por uma doença, há um movimento de concentração da vida nesta doença, e o corpo toma *status* de objeto à mercê de uma finitude. Assim, o confronto com a possibilidade da própria morte, e da morte de quem se ama, é um cenário que pode gerar angústia, sendo a perda de alguém a perda também de um objeto perdido, impossível de substituição. O estudo de Ferrari, Januzzi e Guerra (2020) ressalta que, no período de pandemia, testemunha-se a confrontação com a finitude. Além disso, a autora enfatiza os riscos que a fragilidade biológica impõe diante da privação da liberdade e com a mudança de hábitos e rotina a partir das novas temporalidades baseadas no mundo virtual.

De acordo com Lo Bianco e Costa-Moura (2020), a experiência coletiva da morte sofre um desvio a partir da incidência da pandemia. Desse modo, a atitude frente à morte não possui mais a função de auxiliar e, portanto, não há recursos para lidar com as inúmeras perdas. Assim, “a psicanálise procura situar no sujeito as condições para a manutenção do pacto social que sustenta nossa civilização” (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). A morte do outro diz respeito ao sujeito, e as ferramentas que antes exerciam sua função diante do luto podem se encontrar banidas com a irrupção da pandemia.

Lo Bianco e Costa-Moura (2020) evidenciam que a morte é trazida pela linguagem e só existe para os que falam. É o significado da morte em sua relação com

¹ Em *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* (1917), Freud menciona três feridas narcísicas da humanidade: 1) A comprovação pela astronomia moderna de que o homem não é o centro do universo; 2) Apesar do homem ser arvorar como senhor das demais criaturas, a teoria da evolução demonstra que o ser humano é uma parte das espécies; e, 3) Retira a ideia de que o homem é soberano em sua própria psique e aponta para a ideia do inconsciente (1917/2010).

a vida que aponta para o valor simbólico da morte. A pandemia é apontada por Lo Bianco e Costa-Moura (2020) como um desvio acentuado acerca da experiência coletiva da morte, sendo expressa nas singularidades. O que as autoras ressaltam com isso é o fato de que, a partir da proximidade do lugar da morte no cotidiano da pandemia, torna-se inevitável uma transformação sobre o conceito de morte.

Castro-Arantes (2016) aponta que, apesar da finitude fundar o sujeito, o fim da vida não está abertamente escancarado e pensar sobre a própria morte seria permeado de temor. Isto ocorre por não haver a possibilidade de vivência de sua própria morte. Paradoxalmente, ao tempo que se tenta fugir da possibilidade de morte na negação da finitude, a presença de uma patologia leva o horror dessas questões às últimas consequências.

De acordo com Calazans e Matozinho (2021), a experiência da morte associada apenas ao saber médico a coloca em uma visão sanitária. Além disso, os modos de morrer estão, cada vez mais, tornando-se eventos privados ao invés de experiências públicas. A morte que já era associada ao contexto privado do hospital e das casas de repouso, passa a ser ainda mais isolado na pandemia. “O que fica patente é que o problema não é a morte em si, mas a recusa em ter conhecimento sobre a experiência da morte que aponta para a nossa própria mortalidade” (CALAZANS; MATOZINHO, 2021, p. 40). Se a morte do outro é um tabu, o que seria a própria morte? Para Calazans e Matozinho (2021, p. 42), “a morte como tabu demonstra a precariedade de um laço social possível”. Para os autores, a morte é colocada em um lugar ambivalente, pois, apesar de sua presença, ela também se encontra banida como espaço de experiência.

Para Kallas (2020), a pandemia impõe-se como traumatismo generalizado e mundial, sendo o trauma do sujeito individual e singular, pois depende da fantasia e das vivências anteriores. Assim, a autora aponta que o manejo clínico da angústia durante a pandemia implicaria “na necessidade de olhar o sujeito no entorno da situação” (KALLAS, 2020, p. 56).

Desse modo, as barreiras de proteção psíquica são rompidas por uma quantidade insuportável de energia, impossíveis de representação. Nesta perspectiva, para Kallas (2020), caberia ao psicanalista a função de proporcionar o espaço para o escoamento e para uma possível elaboração. Assim, a psicanálise operaria durante a

pandemia como uma prática que, pela escuta do sofrimento, convoca a fala que pode contornar as bordas do traumático (KALLAS, 2020).

Diante disso, notamos que a psicanálise se ocupou de discutir diferentes fenômenos associados à pandemia da COVID-19, apontando, entre eles, para a inevitável transformação da morte frente ao cenário de caos experienciado pela sociedade.

2.2 Vamos falar sobre a morte?

Os(as) médicos(as) da UTI COVID de um Hospital Público de Alagoas foram convidados a falar sobre a morte, a fim de trazer para linha de frente uma discussão, por vezes, deixada à margem. A seguir são detalhados o cenário de pesquisa, os participantes, as entrevistas, bem como os impasses e obstáculos desse processo.

2.2.1 Cenário de pesquisa

Com um cenário pandêmico de lotação das unidades de saúde, de espera pela vacinação contra COVID-19 e de desconhecimento sobre o vírus, a pesquisa foi organizada em uma linha virtual. No dia 20 de março de 2020, o governo de Alagoas declarou situação de emergência no estado (ALAGOAS, 2020). No primeiro semestre de 2020, havia 36 mil casos de COVID-19 e aproximadamente 1700 óbitos no estado. Em julho de 2020, apesar dos índices críticos de ocupação de leitos, o governo – pressionado pela sociedade e advertido dos danos impostos pelo isolamento – iniciou uma primeira flexibilização, que promoveu a reabertura de alguns espaços públicos; e permitiu que espaços privados reabrissem. Contudo, as previsões realizadas pelo Boletim “Dashboard COVID-19 Alagoas” indicavam o aumento de casos e óbitos a partir da flexibilização (OLIVEIRA; LIRA; VIEIRA, 2020)

Diante desse cenário, tanto os convites como as entrevistas seriam realizadas de modo *online*. Entretanto, no processo das exigências éticas e da submissão do projeto ao Comitê, o cenário pandêmico se transformou. O projeto foi submetido pela primeira vez em dezembro de 2020, sendo devolvido para alterações em fevereiro de 2021.

Em janeiro de 2021, Alagoas iniciou a vacinação contra COVID-19, resultando em uma diminuição gradual da ocupação de leitos das unidades de saúde do estado. Como consequência deste cenário, a enfermaria COVID-19 do hospital pesquisado

iniciou fechamento dos leitos no final deste mesmo ano. Com isso, os profissionais foram remanejados para a UTI COVID do hospital – setor escolhido para realização da pesquisa.

A segunda versão foi aprovada em junho de 2021, e as entrevistas foram realizadas em outubro de 2021 – em paralelo à flexibilização do decreto Nº 76147 de 21/10/2021. Entre a aprovação do projeto e o momento da realização das entrevistas, instaurou-se uma lacuna pela dificuldade de contato com os profissionais, visto que a pesquisadora não possuía atuação dentro do setor pesquisado ou vinculação com a equipe. O convite foi realizado virtualmente por intermédio da chefia da equipe, porém não obtivemos respostas aos convites. Desse modo, optou-se por realizar o convite e as entrevista de modo presencial no hospital.

O cenário pós-vacinação possibilitou a realização das entrevistas de modo presencial, pois, não só os médicos tinham mais disponibilidade pela baixa ocupação dos leitos, como o acesso ao hospital para realizar pesquisas foi facilitado pelo momento de flexibilização.

Os profissionais de medicina atuavam em regime de plantão e, por isso, foi necessária a realização de visitas nos diferentes plantões – diurnos e noturnos – para fazer o convite aos médicos da linha de frente contra a COVID-19. Assim, ao considerar a escala do setor e a repetição dos profissionais em diferentes dias, optou-se por realizar quatro visitas ao hospital (terça à sexta), das 16h às 21h, com o objetivo de contemplar os plantões diurnos e noturnos. O convite foi realizado para todos os profissionais presentes no período das visitas e aceito por todos.

Desse modo, foi possível o encontro com 12 profissionais de medicina do setor de UTI COVID, sendo contemplados 8 plantões diferentes ao longo de uma semana no mês de outubro de 2021. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes com explicações sobre a pesquisa e enviado virtualmente para assinatura, conforme resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Das doze entrevistas realizadas, duas foram excluídas da pesquisa, pois, ao serem gravadas, foram corrompidas; e, no momento da assinatura virtual do TCLE, esta não foi computada pela ferramenta *Google Forms*. Logo, foram transcritas e analisadas 10 entrevistas na íntegra.

Optamos por nomear os médicos participantes por meio de uma homenagem aos profissionais alagoanos de medicina que tiveram suas vidas interrompidas pela

COVID-19, baseada na divulgação de um Memorial pelo Conselho Federal de Medicina, que identifica e quantifica os óbitos decorrente da COVID-19. Em alguns casos, os nomes foram modificados em razão do sexo para corresponder ao perfil dos entrevistados. A partir disso, cada participante se torna um, com suas histórias e experiências.

O perfil dos participantes foi construído a partir do instrumento do *Google Forms* – ferramenta também utilizada para a assinatura do TCLE. No formulário foram solicitadas aos médicos informações referentes à identificação – nome, idade, sexo – ; ao detalhamento profissional – nível de formação e regime de trabalho; e à contaminação por COVID-19 – teste, resultado e adoecimento. A seguir são apresentados os participantes:

Quadro 1 – Perfil dos participantes

Nome	Idade	Sexo	Formação	Regime de trabalho	Teste covid	Resultado	Você adoeceu?
Hélio	29	M	Especialista	Plantão	Sim	Positivo	Sim
Eliane	37	F	Residência	Plantão	Sim	Positivo	Sim
José Denilson	30	M	Residência e Especialista	Plantão	Sim	Positivo	Sim
Gumerciundo	40	M	Especialista	Plantão	Sim	Negativo	Uma gripe leve
Lasmin	30	F	Residência	Plantão	Sim	Negativo	Não
Hermínia	26	F	Graduação	Plantão	Sim	Negativo	Não
Ana Lúcia	32	F	Residência	Plantão	Sim	Positivo	Sim
Carla	31	F	Residência	Plantão	Sim	Negativo	Não teve COVID

Marden	39	M	Residência e mestrado	Plantão	Sim	Positivo	Sim
Antônia	32	F	Graduação	Plantão	Sim	Positivo	Sim, sinto mas leves

Fonte: Autora (2022).

Os participantes da pesquisa se encontram em idades que, em geral, apontam para o início de carreira, e a experiência com a pandemia impôs o primeiro desafio do trabalho médico. Alguns ainda estavam concluindo a residência médica, enquanto outros tinham recentemente concluído. Em relação ao sexo, a amostra contou com 4 entrevistados do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Todos testaram para Covid-19 em algum momento da atuação na linha de frente, 6 com resultado positivo e 4 negativos. Apesar disso, nem todos que testaram positivo apresentaram adoecimento físico e/ou presença de sintomas provocado pela COVID-19. Em relação ao adoecimento, 7 profissionais de medicina responderam que adoeceram de algum modo, enquanto 4 responderam que não.

2.2.2 Entrevistas

As entrevistas foram transcritas na íntegra (APÊNDICE B), sendo realizadas algumas pequenas alterações com objetivo de conciliar a linguagem coloquial com as exigências normativas da escrita, preservando o sentido original das falas.

As perguntas norteadoras foram respeitadas ao longo da entrevista, mas também se abriu espaço para questões livres a partir da fala de cada um, evidenciando um caráter único para cada entrevista. As gravações estão sob responsabilidade da pesquisadora principal e serão guardadas durante cinco anos, bem como os TCLE assinados pelos participantes virtualmente, conforme resolução do CNS 510/2016.

A análise das entrevistas foi feita por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2010), que abrange um conjunto de técnicas de análise, com procedimentos de descrição do conteúdo, permitindo que o pesquisador possa inferir conhecimentos relativos às condições de produção. Assim, busca-se interpretar os dados por meio de uma categorização de respostas. Além disso, é possível ao pesquisador relacionar e

interpretar os dados através da corrente teórica que sustenta seu estudo, criando possibilidades de produção de conhecimento através da inferência (SILVA; MACEDO, 2016).

Diante disso, a análise de conteúdo empreendida na pesquisa terá como base a teoria psicanalítica. A psicanálise forneceu o corpo teórico norteador para análise semântica dos conteúdos observados nas entrevistas. Após a transcrição do conteúdo gravado, foi realizada uma escuta flutuante daquilo que foi dito diante das questões e, posteriormente, seguiu-se para as fases de organização e análise. Nessas são realizadas, segundo Bardin (2010), a exploração do material, a seleção das unidades de análise e a categorização.

A pré-análise possibilitou destacar os recortes das entrevistas partir do conteúdo presente nas falas dos médicos. Desse modo, foi constituído o *corpus* de análise por meio da representatividade e da pertinência dos temas abordados. Na exploração do material, foram identificadas a presença da repetição de palavras, frases e expressões semelhantes nas diferentes entrevistas. Por fim, no tratamento dos resultados e na interpretação, foi possível construir as categorias de análise por meio do agrupamento das ideias apresentadas pelos entrevistados. Assim, a análise produziu três categorias: O ser médico; Três tempo da pandemia; O médico frente à morte. A definição em categorias não obedece a uma lógica de divisão, visto que, por vezes, em uma única frase os entrevistados tocam em pontos que dizem respeito a diferentes categorias.

Em relação às entrevistas (APÊNDICE A), inicialmente, os participantes foram convidados a se apresentarem de forma livre, abordando informações pessoais e sobre a formação. Este primeiro momento teve o objetivo de tornar a entrevista confortável por permitir que o participante elegesse as palavras que poderiam descrevê-lo para a pesquisadora, permitindo também uma primeira aproximação entre pesquisadora e pesquisado. Em seguida, com o intuito de contextualizar o modo como os profissionais se posicionam diante da medicina e dos discursos que permeiam essa formação, foram realizadas perguntas acerca da relação do participante com a medicina.

A entrevista seguiu com o bloco de perguntas sobre adoecimento e pandemia, que possuía a função de discutir o lugar do médico, que, comumente, é tratado como onipotente – até um adoecimento romper com tal ideia. Além disso, investiga-se o

modo pelo qual entrevistados abordam aquilo que pode ter provocado fissuras e evidenciado fragilidades na forma de lidar com tal ruptura. Por fim, buscou-se abordar o tema central da pesquisa: as questões sobre a morte. A discussão deste bloco está pautada na teoria freudiana, esta que aborda a própria morte como algo irrepresentável, ou seja, no inconsciente, cada um está convencido de sua imortalidade (FREUD, 1915/2020).

O modo como as entrevistas foram construídas e realizadas indica o quanto a pesquisa em psicanálise e o convite à fala livre podem evidenciar posicionamentos singulares frente ao mesmo questionamento. Neste sentido, pode-se considerar o que Dessal (2020) e Matet (2020) abordam sobre o sujeito diante da pandemia e sobre os modos singulares de se lidar com a experiência do adoecimento pela COVID-19.

Matet (2020), em “O convocado!”, apresenta um testemunho que provoca uma aproximação com a realidade do adoecimento e promove uma ideia bastante singular da experiência de adoecimento. O testemunho convida o leitor a perceber como o delírio apresentado por Matet pode assumir uma posição de preservação do corpo como lugar de experiência psíquica e subjetiva. Neste caminho, Dessal (2020) aponta que “a pandemia é uma experiência que sacode os alicerces mais íntimos de cada um” (p. 4) e que cada sujeito produz uma resposta que vai de encontro aos protocolos psicológicos estandarizados. E o corpo biológico reage de modo imprevisível à ação do vírus. O autor considera também que o confinamento as normas de distanciamento social e o isolamento modificaram as regras do jogo e colocaram à prova os recursos de cada um (DESSAL, 2020).

As entrevistas foram delineadas justamente a partir desses recursos de cada um, evidenciando que a experiência frente a um mesmo fenômeno provoca efeitos singulares nas pessoas, ainda que estas possuam formação profissional baseada em aspectos científicos, técnicos e éticos de mesma fundamentação.

3 SER MÉDICO DIANTE DA PANDEMIA

O ser médico atrela-se a um arsenal de ideais a ser alcançado com a profissão. Entretanto, nesse caminho, impasses e dificuldades afetam o que havia sido construído até então sobre a medicina. O sujeito entra em cena, sua divisão se evidencia, e este se percebe às voltas com questões advindas de situações externas que reverberam internamente, e vice-versa. A pandemia toca naquilo intocável da medicina: o conhecimento, ou melhor, a falta dele, colocando os profissionais diante do desconhecido e da urgência em agir em prol do paciente. Isso não é sem efeitos para os profissionais.

Os impactos da pandemia afetaram, especialmente, os médicos da linha de frente pela função que foram obrigados a desempenhar, como formadores de opinião em um cenário de fraturas sociais e de radicalização dos debates (MELEIRO *et al.*, 2021). Além disso, o medo da contaminação, o sentimento de culpa e a impotência fizeram parte do cotidiano dos médicos. Para Meleiro *et al.* (2021), o desejo de vencer a morte se configura como uma das motivações para a escolha da carreira médica, fazendo o estudante, durante a formação, assumir compromissos onipotentes. Os autores ressaltam ainda a importância de uma atenção à saúde mental desses profissionais que, por meio do confronto com os limites da realidade profissional, podem desenvolver quadros de adoecimento mental.

Acreditamos que a reflexão profunda das instituições de saúde sobre o seu papel na promoção, manutenção e a criação de atividades e de programas de prevenção do sofrimento psíquico ou transtornos mentais identificados nos profissionais médicos contribuirá para o planejamento de melhores estratégias que preservem a saúde mental dos mesmos, com consequências positivas na saúde dessa população, de seus familiares e pacientes e, ainda, em saúde pública (MELEIRO *et al.*, 2021, p. 14).

Neste sentido, Meleiro *et al.* (2021) salientam a importância do apoio dos gestores das instituições de saúde e do cuidado solidário mútuo. Diante do cenário pandêmico, uma transformação na prática médica foi necessária para acompanhar os desafios diários e, por efeito disso, os pilares da ciência médica, assim como a posição do profissional frente à medicina, poderiam sofrer alterações.

3.1 Do ideal ao real

A partir das entrevistas, foi possível notar que o “ser médico” ocupa um lugar bastante variável, sendo uma posição definida pela ideia de gratidão e realização pessoal, até a sobrecarga de trabalho e as exigências cotidianas. O médico, José Denilson nos aponta para isso:

“Ser médico para mim é uma realização, de poder ajudar os outros né? Eu aprendi durante a minha formação e isso é muito gratificante e eu descobri ainda mais essa gratidão, essa paixão, quando entrei em Anestesiologia. Aí eu consegui me sentir bem” (José Denilson, 30a).

As ideias de realização e gratidão, apresentadas por José Denilson diante da profissão, podem ser aproximadas da teoria freudiana (1930/2020) de que, assim como o amor e a criação artística, o trabalho seria uma via privilegiada em que o sujeito pode se dar uma resposta sublimatória² diante do desamparo e do mal-estar. Ou seja, o trabalho teria sua função na economia psíquica por também ser objeto em que o sujeito investe sua libido.

Em contrapartida, lasmin aponta em outra direção:

“A medicina se você deixar ela te rouba tudo [...]. Assim, não de decepção, sabe? Mas, assim, hoje eu vejo que a medicina não é um mar de rosas [...] se você não tiver cuidado ela toma muito conta da sua vida ela te deixa sem família [...]. Se você não tiver cuidado, você passa a viver só medicina, sabe?” (lasmin, 30a)

A medicina é colocada para José Denilson e lasmin a partir de posições diferentes. O primeiro atrela o “ser médico” em sua relação com o outro, no sentido de ajudar, associando o “sentir-se bem” à ideia de possuir uma profissão que ajude o outro. A segunda, por meio da quebra de um ideal através da descoberta de que a medicina não é um “mar de rosas”, evidencia as perdas impostas pela profissão. Apesar de os fragmentos pertencerem a duas pessoas diferentes, pode-se ressaltar aí uma oposição no que diz respeito à experiência na medicina: ora como lugar ideal de realizações – algo trazido por José Denilson –, ora como a falta dessa função –

² Freud (1930) aponta a sublimação como uma das técnicas das quais a humanidade poderia dispor para a minimização do sofrimento causado pelo mundo externo. Assim, a sublimação seria um mecanismo que tornaria possível o desenvolvimento de atividades como a arte, a ciência e a religião por meio da reorientação da libido de seus objetos iniciais para outros mais adequados à sociedade. A sublimação poderia oferecer uma via alternativa de satisfação pulsional para o desamparo através de um caráter protetor e, portanto, seria um importante mecanismo no confronto ao desamparo original.

algo presente na fala de Iasmin. O decorrer da profissão pode provocar rupturas na concepção ideal do “ser médico”, gerando angústia e sofrimento.

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2021) fez alusão aos dois lugares opostos em que os médicos se situavam no contexto da pandemia. Ao tempo que havia um fortalecimento da confiança e da credibilidade dos pacientes/familiares com os profissionais, estes também apresentavam aumento do nível de estresse, fadiga e sobrecarga de trabalho. Alguns desses efeitos também são anteriores à pandemia, mas intensificados no contexto de crise instaurado pela COVID-19. Neste estudo do CFM, o aumento do nível de estresse apareceu para 22,9% dos médicos como um dos principais impactos causado pela pandemia. Em contrapartida, 13% dos médicos da pesquisa apontaram que o cenário pandêmico também reforçou o compromisso com a medicina e com a saúde da população.

Para Hélio, “ser médico” tem efeitos físicos que podem ser associados à sensação hormonal causada pela adrenalina. A função é associada com a capacidade de transformar o estado de saúde do paciente de instável para estável, tornando-a interminável.

“Ser médico se associa muito à adrenalina. [...] é tirar o paciente do estado crítico. Quando não tem estado crítico e o paciente está estável, é trabalhar meticulosamente, e é um ciclo sem fim. Eu acho que quanto mais se procura mais se acha para poder fazer [...]” (Hélio, 29a).

A dedicação e a sensação corporal sentida por Hélio podem ser associadas ao investimento libidinal necessário para atuar diante de uma profissão que convoca constantemente ao encontro com o mal-estar. A responsabilidade pela vida do outro invade o “ser médico” ao ponto de provocar uma sobrecarga que visa contornar aquilo impossível de contorno: a finitude.

A sobrecarga do trabalho aparece na tentativa de definir a relação de Eliane com a medicina. A fala de Eliane oscila entre críticas e elogios à profissão. Na proposta de definir a medicina, a entrevistada utiliza da palavra “abdicar” na mesma frase que fala sobre “ser grata”. O sentimento aparece sob uma ideia dual, em que se tem um discurso que cita o amor, mas também o que identificamos como ódio, pelo esgotamento causado pela rotina.

“Eu acho que a gente às vezes perde um pouco o controle de horas de trabalho, a gente, às vezes, é um pouco consumido mesmo assim com essa rotina louca de plantão, de tudo, sabe?”

[...] É abdicar de muita coisa, estar ausente de vários outros momentos, é ser grata, é muito gratificante você sentir que está ajudando, sabe? É uma relação de amor, né?” (Eliane, 37a).

Apesar da ênfase nas perdas, renúncias e abdições, Eliane justifica qualquer ônus a partir de sua relação de amor. Para Amaral e Cervino (2020), a morte e o amor possuem conexão por meio da falta como ponto em que ambos orbitam. As autoras apontam que o sujeito contemporâneo rechaça a falta, substituindo-a por sua fantasia de onipotência narcísica.

Ao questionar “O que é ser médico?” para Gumercindo, o médico responde:

“Uma doação à carreira. Eu não vejo nenhum médico, não é nenhum, mas a extrema maioria do comprometido com o ser médico eles são... refém é uma palavra forte, mas eles são voltados, doados, à medicina” (Gumercindo, 40).

Nesta direção, nota-se que Gumercindo inicia seu pensamento falando em doação à carreira e atrela tal doação à palavra “refém” – apesar da tentativa de contornar –, fazendo a alusão à posição de alguém que se encontra à mercê da lógica de sobrecarga provocada pelo que é apontado pelos médicos enquanto compromisso com a profissão. As falas de lasmin e Eliane também evidenciam a sobrecarga da profissão. No entanto, a medicina também aparece como escolha para a entrevistada Ana Lúcia.

*“Ser médico foi uma escolha. Eu acho que a medicina me escolheu e eu sou realizada hoje com a profissão. **Sou feliz**, assim, em ser médica. Ser médica é o que eu faço da vida, é o que eu sou, né? Eu sou bem realizada em relação a isso” (Ana Lúcia, 32a).*

A profissão, ao aparecer como escolha para Ana Lúcia, pode ser lida a partir da teoria freudiana (1930/2020) de que a escolha pela profissão, quando ocorre de modo livre, pode proporcionar uma satisfação especial. Para a médica o “ser feliz” surge associado ao “ser médica” e indica um caminho contrário ao pensamento freudiano (1930) de que o trabalho aparece como pouco apreciado pelas pessoas como caminho para a felicidade.

Em contrapartida, a romantização da medicina surge na fala de lasmin, demonstrando sua posição diante do desconforto de um ideal da medicina enquanto pura satisfação.

“Eu acho que as pessoas às vezes romantizam muito a medicina. Não é bem assim, sabe? tem um lado desgastante

também, mas também tem um lado muito prazeroso. É onde você vê a satisfação do paciente, solucionar, é ver uma alta, dar uma alta. Eu acho muito gratificante, ver o paciente evoluindo bem” (lasmin, 30a).

O lado desgastante e o prazeroso, ressaltados por lasmin, apesar de colocados enquanto par de opostos, podem refletir uma dualidade semelhante ao que Freud (1923-1925/2011) propõe, ao dizer que forças opostas atuam em uma mesma direção no aparelho psíquico. Ou seja, não há relação em que tal separação seja possível, pois a posição de cada um está permeada por essa dualidade. Além disso, a fala de lasmin atribui uma sensação satisfatória ao ver a alta de um paciente e/ou sua melhora, apontando para a não melhora, ou até mesmo a morte, como algo que poderia provocar fissura nessa sensação.

A fala de lasmin reflete seu processo dentro da medicina, da aluna encantada à profissional que hesitou em enfrentar plantões de COVID-19. Por vezes, a relação dos entrevistados com a medicina é colocada a partir de palavras que fazem referência a este encantamento: paixão, sonho, etc.

*“Então, a medicina é uma profissão para mim. Ela já foi uma **paixão**, né, mas hoje ela é uma profissão que eu considero vocacionada, sabe? Então, eu tenho vocação para medicina, mas eu acho que eu estou numa fase que já caíram por terra várias idealizações, né?” (Hermínia, 26a).*

*“Uma relação assim... eu não, nunca tive ninguém próximo médico, não sabia como era. Eu tinha muito **sonho** desde criança, sempre quis ser médica. Eu não me arrependo de ter feito, mas eu não imaginava que ia ser tão difícil ser médica” (Carla, 31a).*

A expectativa depositada na profissão ocupa um lugar de idealização anterior à atuação. Com o surgimento dos desafios do cenário da pandemia, a realidade dá lugar ao impasse frente às dificuldades. Tanto Hermínia quanto Carla tratam sobre a medicina em dois momentos: o primeiro associado ao encantamento e o segundo em que a atuação já provocou a quebra dos ideais. Além disso, a profissão foi associada ao cuidado com o outro que vai para além de uma função de trabalho, sendo necessário um movimento que considera aspectos da própria posição subjetiva.

[...] Ser médica é trabalhar cuidando de pessoas. Não é só cuidar porque é seu trabalho. Então, tem toda uma relação. Você, inclusive, depende da contribuição das pessoas para isso, né?” (Hermínia, 26a).

“Para mim ser médica é acima de tudo ser uma boa pessoa. Eu acho que ninguém é melhor médico do que é como pessoa e a partir do momento em que você é uma boa pessoa, a probabilidade de você ser um bom médico aumenta muito, e ser médico é você ser capaz de enxergar o outro” (Antônia, 32a).

Assim, nota-se que o “ser médico” perpassa por elementos que vão além da formação profissional, demarcando posições que entrelaçam também os pressupostos que guiam seus ideais de eu. Do mesmo modo essa prática pode ser relacionada com as posições diante da morte, pois cada um leva consigo as marcas de sua própria história.

A falha na formação é concebida por diversos estudos (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; ORTH *et al.*, 2020; CORREIA *et al.* 2018; SANTOS; PINTARELLI, 2019; MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018) como principal motivação para uma dificuldade dos profissionais de medicina em lidar com a morte. A psicanálise aposta em outra direção, evidenciando que não existe saber possível que dê conta de representar a morte. Há algo para além da formação que impossibilita a aproximação com a ideia de morte de forma generalizada e conclusiva.

Ao mesmo tempo, os avanços na formação e da tecnologia possuem sua função e auxiliam os médicos a lidarem de modo ético e profissional com a morte. O que a psicanálise vai apontar é para um limite do sujeito diante da morte, provocando respostas necessárias para contornar o encontro com a morte e a construção de soluções singulares que o permitam fazer da morte aquilo que o relança à vida.

3.2 Os três tempos da pandemia

A partir das falas sobre a experiência médica frente à pandemia, foi possível observar uma delimitação em três tempos: 1) No início da pandemia, meados de 2020, o desconhecimento diante do vírus; 2) O processo de familiarização com o novo modo de atuação; e, 3) O momento de realização da pesquisa, fim de 2021, em que os efeitos da atuação da linha de frente estavam sendo observados.

O entrevistado José Denilson ressalta a tensão inicial provocada pela irrupção de uma pandemia por algo desconhecido.

*“No início, foi bem conturbado, aquele períodozinho de abril, por aí, foi um período bem conturbado [...]. Mas foi um momento tenso, porque a gente estava (sic) lidando com **algo desconhecido** e havia todo um medo do que poderia acontecer*

com a gente mesmo e com os nossos familiares” (José Denilson, 30a).

A preocupação do adoecimento não assolava apenas seus próprios corpos, mas se estendia para os corpos das pessoas próximas, provocando medo e solidão naqueles que enfrentavam a guerra contra um vírus desconhecido. A fala de Gumercindo já apresenta uma sobreposição entre o primeiro e o segundo tempo da pandemia, em que o temor inicial vai se esvaindo à medida em que há uma familiarização com o vírus.

*“**No começo**, acho que para todos né? Linha de frente ou linha de trás, era bem conflitante, bem temeroso, mas confesso que eu em nenhuma hora me desesperei. Temia no começo, mas depois você vai se acostumando, e com a sensação de meu dever de fazer isso. Eu tive essa sensação, eu acho que teria que ser a gente, se não fosse a gente não seria ninguém. A gente da área de saúde né?” (Gumercindo, 40a).*

A fala de Gumercindo reflete a responsabilidade assumida pelos profissionais da linha de frente da pandemia e as consequências que provocam efeitos em diversas esferas da vida desses profissionais, como o afastamento da família. Ser recém-formada também repercutiu na intensidade do medo em enfrentar um vírus desconhecido, como nos conta lasmin:

*“Rapaz, é... **no começo** da pandemia eu confesso a você que eu fiquei com bastante medo porque era uma **coisa desconhecida** para mim. Como era recém-formada, eu não tinha muita experiência. [...] eu fiquei com medo. **Medo do desconhecido** [...]” (lasmin, 30a).*

A experiência na linha de frente para a médica resultou em solidão e sofrimento. A constante mudança do cenário pandêmico marcado por idas e vindas provocou um medo em reviver o começo, apontando para o terceiro tempo: momento em que os efeitos da pandemia começavam a ser observados e que o cenário pandêmico oscilava entre avanços e retrocessos. A flexibilização que provocava reabertura de comércio era necessária economicamente, mas afetava o quadro geral de contaminação da população.

E assim, queira ou não queira, isso resulta numa solidão, né? Uma solidão e às vezes a gente se sentia... eu me sentia muito fraca. Assim, fraca no sentido de frágil, está muito frágil, nesse sentido. Assim, passa um momento de choro, medo, né? [...] Aí eu pensei: Não, não quero mais não. Comecei a chorar porque não queria viver tudo aquilo de novo, sabe?” (lasmin, 30a).

O medo de lasmin em retornar ao tempo anterior da pandemia pode ser articulado à ideia freudiana de trauma associado ao desamparo. Freud (1926/2014), ao indicar que uma situação traumática de desamparo pode ser prevista, realiza uma associação com a situação de perigo em que a angústia aparece enquanto sinal.

Esse quer dizer: “estou esperando uma situação de desamparo”, ou “a situação atual me lembra uma das vivências traumáticas já sofridas. Por isso antecipo esse trauma, vou me comportar como se ele já tivesse chegado, enquanto ainda há tempo para afastá-lo”. Portanto, a angústia é, de um lado, expectativa do trauma, e, de outro lado, repetição atenuada do mesmo (FREUD, 1926/2014, p. 116).

Com base nessa ideia freudiana, o que lasmin nos apresenta, com seu relato de choro por não querer reviver o início da pandemia, é a antecipação da situação traumática na intenção de afastá-la antes mesmo dela se aproximar. Além disso, foi frequente a evitação da atuação na linha de frente. Porém, o contexto que assolava um número cada vez maior da população tornou inevitável o encontro desses profissionais com aquilo que eles mais temiam: as histórias das pessoas.

*“Então, **no começo** evitei, na verdade, né? Eu comecei com: “ah, não vou dar plantão”. Aí, eu comecei indo para um plantão diurno, de baixo risco e aí eu fui descobrindo que: “poxa, eu estou sendo útil”. Assim, não é tudo isso que dizem, isso no baixo risco. [...] Em cada plantão tinha 15 histórias, né? E eu saía aprendendo com todas elas. Assim, foi cansativo, está sendo cansativo ainda, mas é histórico, né?” (Hermínia, 26).*

Além disso, na vivência da pandemia, o desconhecimento sobre a doença também gerou inseguranças e provocou uma sensação de desamparo que será abordada mais adiante. O inesperado da morte também gerou efeitos, deixando marcas nos entrevistados, como notamos na fala de Hélio.

“Ah, eu cheguei a ver muita morte na pandemia. Coisas que a gente... Mortes inesperadas e reações dos mais diversos tipos das famílias, entendeu? Muitas reações. Um que ficou até hoje foi um rapaz adulto de 30 e poucos anos que, quando o pai faleceu, eu fui dar a notícia e ele deitou no chão e chorou como criança. Foi algo chocante. Caiu no chão e chorou batendo como se já estivesse (sic) sabendo. Foi algo que dava medo, dava preocupação, um desconforto, né? E o afastamento da família, o medo que eu tinha de o afastamento gerar problemas judiciais e muita coisa nova. Tinha muito medo de judicialização das minhas condutas. Nunca passei por isso...” (Hélio, 29a).

O impedimento da família participar dos processos de decisão médica de modo mais próximo dificultou ainda mais a função decisória na medicina, uma vez que a responsabilidade sobre o sucesso e o fracasso estariam associados a uma única categoria profissional. Desse modo, o sentimento de culpa associado ao não-saber fica ainda mais acentuado.

O paradoxo entre a dificuldade e a gratidão surge mais uma vez, evidenciando uma impossibilidade de um discurso baseado apenas em uma posição.

“Eu acho que quem viveu a pandemia, quem trabalhou, quem teve junto, com certeza foi uma experiência que marca para o resto da vida, vai marcar para o resto da vida porque a gente realmente teve momentos bem difíceis, sabe? [...] Tiveram mortes que foram realmente impactantes. [...] Desde o início foi gratificante e frustrante ao mesmo tempo. Foi uma coisa meio paradoxal, assim, essa sensação né? Tiveram momentos que foram bem difíceis e tiveram momentos de a gente ver pessoas que a gente chegou a pensar que ia perder sair; e ver a família e tudo e foi muito gratificante também” (Eliane, 37a).

Na fala de Eliane fica nítida a posição dualista do discurso no contexto pandêmico em que não há apenas espaço para o desprazer, mas também para o prazer. Do ponto de vista psicanalítico, o efeito dual é apontado enquanto constitutivo do sujeito (FREUD, 1923-1925/2011) e, portanto, no recorte deste estudo, há uma expressão dessa dualidade.

O desconhecimento diante do vírus causava medo e tristeza, efeitos da pandemia para os entrevistados. Na tentativa de afastarem os sentimentos desses efeitos, os profissionais preocupavam-se em buscar em outras formas de conhecimento e soluções para aquilo que pudesse angustiá-los. Os avanços da ciência surgem como possíveis recursos para contornar essa angústia e proteger o sujeito do sofrimento psíquico.

“[...]Várias vezes o cansaço, a tristeza de não poder fazer mais. Tudo isso deixou realmente uma tristeza, na qual outras pessoas tiveram... que eu tive que ajuda de profissionais para isso. Psicólogo, enfim... quando voltou a abrir, né, tudo. Porque você se sente culpado por muita coisa” (Ana Lúcia, 32).

“No dia que eu peguei COVID, aí você fica um pouco mais assustado porque você sabe toda a doença e fica pensando que pode acontecer com você. Você fica um pouco mais ansioso, torcendo para passar os dias que você sabe qual o dia que pode

piorar. Vai passando, vai passando e você fica mais tranquilo” (Marden, 39a).

O entrevistado Marden, ao fim desse recorte, faz referência ao questionamento sobre a possibilidade da própria morte, evidenciando que, apesar do adoecimento, não cogitou sua própria morte. O médico possui a responsabilidade de constatar, comunicar e documentar a morte. Fica a cargo desses profissionais provocar rupturas que podem romper as estruturas erguidas por cada um. Tal responsabilidade não é sem efeitos.

“E principalmente as mortes, né? Se você dá notícia para família da morte... Para mim, sempre é o mais difícil, né, porque eu dei notícias de família, para mim, desde o paciente já bem mais idoso como dei notícia de paciente bem novinho. [...] Para mim, a pior parte é essa, você falar, faz de tudo para a pessoa não morrer [...]. Mas para mim o mais difícil foi isso, foi lidar com a morte, não no sentido da morte, né, que para mim eu vejo bem natural, mas você passar a notícia, né? [...] Eu não gosto de dar notícia de morte porque eu fico mal com a pessoa” (Marden, 39a).

É possível observar no discurso de Marden que, apesar de ele se situar como alguém que lida bem com a morte, há um ponto de desconexão com tal ideia, evidenciando que o profissional se sente mal ao comunicar uma morte.

Diante disso, os recortes das falas indicam que os efeitos da pandemia em cada tempo convocaram diferentes posicionamentos dos médicos aqui entrevistados. Ao tempo que o desconhecido do vírus provocava medo, a produção de conhecimento os familiariza com os efeitos do adoecimento e com as constantes idas e vindas do cenário pandêmico, ocasionando o retorno do medo inicial.

3.3 O médico frente à morte

Os discursos dos entrevistados tocavam na morte do outro e/ou nas consequências de sua própria morte para o outro, apontando para a ideia de perda do lugar de objeto de amor para aquele que sente a sua morte.

“Como eu vejo a morte? Eu sendo bem sincera, eu vejo como algo que é inevitável. Sim, não vejo a morte como uma coisa ‘Ó meu Deus que desespero’. Não. Hoje eu tenho medo de morrer por conta do meu filho, ele é criança e eu não queria, Deus me livre, deixar uma criança sem mãe. Eu tenho medo nesse sentido, mas eu mesma nunca tive medo de morrer não. [...] Com as pessoas que vão ficar sim. Hoje eu não penso na minha

morte não, como eu disse, eu hoje eu tenho medo por conta do meu filho. Não queria morrer antes dele se tornar pelo menos adulto, entendeu? Eu queria além de participar da vida dele eu queria dar esse suporte porque eu acho que nenhuma criança merece ficar sem mãe ou sem pai também. Não tiro a importância de um pai. Essa questão de vida ou morte... de morte, na verdade” (Eliane, 37a).

A fala de Eliane evidencia a divisão do sujeito ressaltada por Freud, de que há o declínio da soberania do eu, da consciência e da razão com uma nova concepção sobre o inconsciente. Desse modo, o inconsciente passaria da condição de apêndice da consciência à estrutura particular e determinante da subjetividade (TOREZAN; AGUIAR, 2011). Assim, o sujeito cindido pelas duas formas de funcionamento pode, através da linguagem, escancarar essa divisão. Neste sentido, nota-se que, ao passo que Eliane expressa não se desesperar frente à morte, ela demonstra uma preocupação ao enfrentar a perda da função materna para seu filho. [O que pode ser visto como uma projeção dela no filho atrelado ao próprio desamparo de se imaginar sem mãe.](#)

Apesar da naturalidade pela qual a morte é posicionada no cotidiano dos profissionais entrevistados, nuances são referidas e delineiam a ideia de que cada morte é tratada no um a um. Desse modo, parte-se da ideia freudiana, que considera o inconsciente enquanto sistema psíquico regido por suas próprias leis e aponta para a concepção de que existe uma clivagem da subjetividade. Assim, seria o inconsciente o responsável por posicionar cada sujeito diante da morte.

Um contexto ideal é construído para a morte, como aquela que deveria acontecer apenas com o fim do processo de vida. Entretanto, o discurso freudiano propõe uma ordem inversa, em que a vida só é processo vital porque existe a morte para colocá-la nesse lugar (FREUD, 1915/2020).

“A morte que eu vejo faz parte de um ciclo de vida, onde tudo se inicia e tudo precisa ter um fim. A gente cresce, reproduz e morre. O que vai impactar ou não são os diferentes contextos que vai acontecer né? Tal fato. Aí é variável né? Pode ser de uma causa natural ou não natural e nesse contexto que por ser uma coisa mais natural pode ser que impacte mesmo e a gente tenha mais tempo de aceitar e enfim, lidar de uma forma melhor. Se for uma coisa não natural, acredito que aquilo seja alguma coisa mais dura e mais intensa de ser vivida, de lidar com aquilo” (José Denilson, 30a).

A morte como contingência provoca rupturas nas estruturas construídas por cada um para lidar com a finitude. Desse modo, a morte que ocorrer desconectada do processo de envelhecimento promove um lugar fora daquilo que fora imaginado.

*“Eu, pessoalmente, o que eu sinto muito é quando eu perco paciente jovem, é uma coisa que me causa angústia, um conflito interno, não tolero perder paciente jovem. Paciente idoso eu confesso que... acostumar é uma palavra...mas eu não vejo outra palavra. Eu já estou acostumado, vamos dizer assim, porque cardiologista que trabalha em UTI. O que eu vi em relação ao público em geral, e principalmente a área de saúde, é que, infelizmente, **a morte no COVID me parecia que ficou mais banal.** [...] Isso me deixou triste, entristecido, eu não consegui acostumar, mas eu percebia que meio que banalizou a morte, era normal morrer se fosse por COVID. [...] **A morte por covid é estranha, a gente fica com a sensação de que não morreu** porque estava naquele começo que ninguém se via, a pessoa morre e a gente não pode nem ir para o enterro” (Gumercindo, 40a).*

Em uma entrevista realizada por Mello (2020), a professora Maria Virgínia Cremasco aborda a questão do luto no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. Cremasco indica que as experiências associadas ao isolamento e distanciamento social, bem como as perdas coletivas sobre a segurança e as inconsistências entre ciência e governo, apontam de modo direto ao estado de luto. Além disso, Cremasco, na entrevista de Mello (2020), ressalta a singularidade da experiência frente à perda, salientando que o trabalho psíquico no luto é único e possui relação com a história de vida de cada um.

Machado *et al.* (2019) ressaltam que as demandas de bem-estar atuais afetam a elaboração do luto, exigindo uma superação rápida do sofrimento e da dor, sem possibilitarem uma construção de um novo sentido diante das perdas. Desse modo, os autores indicam que esse cenário que minimiza o sofrimento humano diante do desamparo e da finitude favorece o adoecimento das pessoas devido à ausência de espaços de escuta para a dor dos enlutados.

Ainda sobre o lugar da morte na contemporaneidade, Lo Bianco e Costa-Moura (2020) ressaltam que vivemos em um contexto em que a morte é ignorada, e o que se tem a dizer sobre ela está associado aos termos cientificistas, biológicos e médicos (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). A morte, segundo as autoras, colocada como aquela que pertence apenas ao contexto hospitalar, ocupa um lugar de afastamento da vida, estando presente apenas à margem. Assim, a morte é negada enquanto

contingência. Além disso, a pandemia traz à tona questões que relativizam pontos tidos como intocáveis, como, por exemplo: a onipotência médica e a limitação do conhecimento científico em relação ao vírus.

Além disso, as inúmeras mortes por COVID-19 também exercem uma função de banalização da morte, em que cada um se torna mais um número, só sendo passível de deixar marcas para aqueles que acessam suas histórias por identificação.

“Existem várias histórias que cruzam com a tua história, né? E você perder esse paciente, você ter que dizer para a família. Por várias vezes a gente chegou... quantas vezes a gente não chegou a chorar por pacientes jovens, eu nem falo só jovens, vários idosos que pareciam com a minha mãe. Sempre existe algo que vai cruzar com a tua história também e é muito difícil” (Ana Lúcia, 32a).

A impossibilidade de preparação frente a morte é abordada por Ana Lúcia, demonstrando que há um ponto limite que não é capaz de regular a dor.

“A morte sempre, para mim, por mais que nós sejamos médicas, por mais que estejamos ‘preparados’, vamos dizer assim, mas é muito, muito doloroso. [...] Vai chegar um momento eu realmente não vou poder fazer nada pelo paciente, mas aquele paciente que é um paciente jovem que faleceu por conta do COVID, de complicações que a medicina ainda, nem sequer medicina sabe explicar, e tudo. Por que que esses pacientes?” (Ana Lúcia, 32a).

Além disso, a negativa frente à morte também aparece a partir do discurso de que a medicina provoca renúncias e que não seria justo que a morte assolasse o processo de vida daquele que sequer viveu o suficiente – se é que existe quantidade suficiente de vida. A negação da morte atuaria enquanto proteção ou manifestação do desejo de que a morte seria algo que o sujeito gostaria de reprimir (FREUD, 1925/2019).

Diante dessa categoria, pode-se notar que os contornos encontrados pelos médicos para definir e enfrentar a morte possuem diferentes desdobramentos. Entretanto, nenhum possui uma função responsável por tornar a morte algo passível de representação. Assim, a investigação a partir da psicanálise freudiana indica o que impede os discursos de alcançarem uma ideia de completude teórico, prática e pessoal sobre a morte, visto que a própria psicanálise propõe que não há completude.

O dimensionamento impossível da morte nos mostra que, apesar da inevitável transformação desta durante a pandemia, ainda existem restrições no aparelho

psíquico que podem até trazer a questão da morte à superfície, mas não necessariamente propor uma solução. Desse modo, os médicos em sua estreita aproximação profissional com a morte, ainda se encontram permeados por seus próprios modos de funcionamento e de proteção psíquica.

4 MORTE E PANDEMIA

O presente capítulo trata especificamente sobre as perspectivas dos entrevistados diante da morte no contexto de pandemia. Neste sentido, os médicos apontaram para as semelhanças entre o cenário da pandemia e o de guerra; para a função da religião enquanto ‘blindagem’; e para o medo de sua própria morte e/ou de sua família.

4.1 Guerra, Política e Religião: três faces da pandemia

A pandemia da COVID-19 – assim como a gripe espanhola –, pode ser pensada a partir de uma aproximação com um cenário de guerra, ao serem consideradas as inúmeras mortes decorrentes dessas catástrofes. Apesar do caráter que difere uma pandemia de uma guerra, muitos dos efeitos causados por elas podem se aproximar. A entrevista de Hermínia aborda as consequências decorrentes dessa possível aproximação. A médica aponta para a tristeza pela morte, pelas limitações estruturais e pelo modo de agir frente ao desconhecido.

“Quando eu vim para o hospital [nome suprimido], que era centro de triagem, [...] que eu comecei a ver enfermarias, comecei a ver os pacientes de Manaus, especificamente, e comecei a lidar com as histórias das pessoas, eu me senti em um cenário de guerra, sabe? Em um cenário de guerra no sentido de ver todas as tristezas e as transformações que isso causa no ser humano. De você valorizar as relações do que é realmente importante [...]” (Hermínia, 26a).

O cenário descrito por Hermínia posiciona a pandemia como causadora de sofrimento e aponta para uma necessidade de valorização das relações diante da finitude. Neste sentido, o que Freud (1915/2020), após alguns meses da Primeira Guerra Mundial, estava interessado em investigar eram as consequências psíquicas da guerra, examinando a desilusão e as atitudes diante da morte (IANNINI, 2019). Assim, a partir da ideia da morte enquanto irrepresentável, é possível evidenciar que a concepção de reordenação frente ao desastre aparece já em Freud, e se atualiza no cenário da pandemia da COVID-19.

Em 1916, Freud (2010) escreve seu ensaio *Sobre a transitoriedade*, redigido através de uma conversa com um poeta e um amigo. Nesse, é possível notar a aproximação de Freud com a questão da finitude e da indagação acerca da

transitoriedade da vida. O percurso abordado por Freud (1916/2010) vai no sentido de questionar o fim daquilo apreciado enquanto belo e a percepção de que a beleza da natureza, da arte e do mundo estivesse fadada à extinção. Diante disso, o autor convoca o pensamento acerca dessa transitoriedade da vida apontando para dois caminhos: o desalento sentido pelo jovem poeta ao constatar que aquilo que amava estava fadado à transitoriedade; ou a negação de uma aproximação com a finitude. Freud (1916/2010) exemplifica por meio da beleza da flor que dura apenas uma noite e não se torna menos bela por isso. Assim, seria a vida. Apesar dos argumentos freudianos, não houve reação por parte dos interlocutores que dão origem ao texto. Desse modo, o psicanalista inferiu que algum fator emocional poderoso poderia perturbar o discernimento dos colegas, e considerou o recuo psíquico diante de algo penoso como possível resposta.

O que Freud vai dizer é que havia uma tendência de deixar a morte de lado, de eliminá-la da vida. Diante disso, nota-se que a questão da morte em Freud é perpassada por uma investigação, principalmente, a partir da guerra e delineada através da ideia de finitude como algo interligado à limitação temporal frente à vida. Como se a morte fosse o pagamento de uma dívida diante da vida e, portanto, natural, inegável e inevitável (FREUD, 1915/2020). Apesar disso, há algo que ainda impossibilita a questão da representação da própria morte. Há um jogo com o tempo. Portanto, se o inconsciente é atemporal, então como lidar com a finitude? O encontro com o real da guerra e da pandemia nos coloca nesse lugar de encarar a morte, não mais como pura contingência.

O encontro com a morte provoca uma fissura nas estruturas erguidas para silenciá-la. As respostas religiosas diante da morte surgem a partir dessa ideia de não lidar com a questão da finitude, como se fosse necessário haver um além da vida para confortar a morte. Frente à impossibilidade de representação da própria morte, busca-se fugir da noção de finitude. Reconhecer que há um limite na vida é algo renegado. As dificuldades de lidar com o luto têm a ver com isso, pois a decretação da morte biológica não é suficiente para indicar o limite da vida, é necessário um trabalho simbólico para isso, porque a pessoa que morreu continua a existir no psiquismo.

Retornando à Hermínia, a entrevistada faz referência ao contexto político brasileiro ao apontar o caráter de injustiça associado à morte, visto que, baseado em sua experiência, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas.

“Lógico que para quem fica é um sofrimento, mas eu acho que a morte é natural. É natural, mas especificamente nessa situação que a gente estava também eu conseguia ver a morte como uma injustiça, porque eu sabia que muitas daquelas mortes, na verdade, estava nas costas de uma organização maior, entendeu? Assim, de responsabilidade política e tudo mais. Do mesmo jeito que uma guerra está” (Hermínia, 26a).

O contexto político brasileiro anterior à pandemia, segundo Bastos e Assuar (2020), já retratava um cenário em que os discursos de ódio e de destrutividade eram motores de um modelo neoliberal. A partir da pandemia, a necropolítica foi revelada e se instaurou um jogo em que de um lado se encontra o medo, o desalento, o desamparo e a vulnerabilidade; e do outro, a opressão truculenta, a violência e a perversão. Assim, as desigualdades sociais ficaram cada vez mais nítidas no Brasil (BASTOS; ASSUAR, 2020). O governo brasileiro atuou a partir de uma lógica que submete a dimensão da saúde à da economia, em que os problemas da paralisação implicariam apenas em prejuízo econômico. Desse modo, para que a vida permanecesse em normalidade, seria necessária uma saída milagrosa que, no caso do Brasil, foi fazer uso de medicamentos a despeito dos protocolos de saúde (BASTOS; ASSUAR, 2020).

Assim, o negacionismo surge como aquele capaz de intensificar ainda mais a promoção de uma política de morte, em que poderiam existir grupos matáveis que poderiam diminuir o impacto econômico (CALAZANS; MATOZINHO, 2021). Neste sentido, o que Hermínia nos aponta é uma falta de responsabilidade política, que pode ser pensada como um desejo de destruição, principalmente daqueles mais vulneráveis.

Apesar da clareza diante da responsabilidade política frente ao que faltava no cenário da saúde, o profissional de saúde se posicionava a partir de um lugar de culpa até em situações que não dependiam de suas atuações.

“De achar que você poderia fazer mais, de achar que você não sabia tudo que deveria saber. Realmente não tem como saber tudo, né, mas você queria poder fazer mais, mas não tinha como fazer mais. Não é só questão de conhecimento que nós não tínhamos sobre a doença. Era questão de material, questão de mais leito, questão de saber o que fazer, de como fazer, de como atuar direitinho, até que a gente tinha noção, mas, às vezes, faltava condições para você oferecer o melhor para o paciente. Você se sente culpado, não é? Porque você que está ali, você queria fazer mais” (Ana Lúcia, 32a).

A pandemia demarcou um impasse ao saber médico por evidenciar que havia algo no discurso científico que faltava para o combate da COVID-19. Além disso, o estatuto da morte recebeu contornos diferentes na cultura durante a pandemia, tornou-se banal e quantificável, com progressiva invisibilidade sobre suas causas sociais. Contudo, a situação de guerra – e, atualmente, de pandemia – evidencia um trabalho em que pode fazer reaparecer o homem primitivo, despojando-nos das novas camadas culturais. É quase como se convocasse os que estão imersos neste contexto, como é o caso dos médicos, a serem heróis que não podem acreditar na própria morte (FREUD, 1915/2020). Assim, há culpa até onde nem deveria existir: na falta de atuação política.

Neste sentido, a questão da morte, tal como discutido por Freud (1915/2020), se atualiza na pandemia pela interrogação se não seria melhor dar a ela “o lugar que lhe é devido na realidade e em nossos pensamentos, e colocar um pouco mais à mostra a nossa posição inconsciente em relação à morte, que até agora reprimimos cuidadosamente?” (FREUD, 1915/2020, p. 132). O que Freud ressalta a partir desta provocação é que a repressão poderia ser mais considerada um passo atrás, uma regressão, e não necessariamente uma realidade mais elevada. Apesar disso, “tem a vantagem de melhor considerar a força da verdade e de nos tornar a vida mais tolerável novamente. Tolerar a vida continua a ser, afinal, a primeira tarefa de todos os seres vivos” (FREUD, 1915/2020, p. 132). É como se o convite de reposicionar a morte diante das inúmeras mortes da pandemia não fosse sem efeitos para o aparelho psíquico, tendo sua função.

Enquanto o número de mortos aumentava no Brasil, a capacidade de pensar em meio a tormenta, de acordo com Bastos e Silva Jr (2020), tornava-se cada vez mais importante. Além disso, os autores ressaltam que manter a possibilidade de simbolização para a trama psíquica se torna fundamental, visto que a pandemia provoca “um momento em que a angústia de morte se encontrava com cada um de modo muito particular” (BASTOS; SILVA JUNIOR, 2021, p. 87).

Segundo Goldberg (2021), em época pandêmica, devido à velocidade dos acontecimentos, há uma dificuldade em lidar com o excesso de mortes, acentuada pela impossibilidade de ir aos cemitérios e há um deslocamento do rito fúnebre ao campo digital. Desse modo, o autor ressalta que o hiato imposto pela pandemia evoca uma relação própria com nosso tempo e com suas particularidades (GOLDBERG,

2021). Em direção semelhante, Calazans e Matozinho (2021) apontam que há uma falta de recursos simbólicos para nomear e circunscrever a morte, sendo ela uma experiência vivenciada sob a marca da angústia.

O desamparo na pandemia, segundo Bastos e Silva Jr (2020), não surge apenas em relação ao vírus desconhecido, e que ameaça de modo invisível, mas a partir da política nacional. Em um cenário político em que já se evidenciava a ansiedade e a preocupação, a pandemia só ressalta ainda mais o que já estava sendo traçado.

Os pronunciamentos presidenciais de negação e descaso da gravidade da situação pandêmica alarmada no mundo todo; a demora de implantação de estratégias de amparo financeiro emergencial para que as pessoas pudessem não sair para trabalhar (obedecendo ao isolamento social necessário); o discurso religioso mesclado com a apologia ao uso de armas e à violência para banir o inimigo (que não é o vírus, mas o outro que se protege para não contaminar ou ser contaminado) (BASTOS; SILVA JR, 2020, p. 87).

Na pandemia, no Brasil, foi acentuada uma inversão de valores que priorizou a economia ao invés da saúde; e que foi na direção contrária de países que seguiram as orientações da OMS (BASTOS; SILVA JR, 2020). Desse modo, o que Hermínia nos indica, ao apontar para a responsabilidade política, diz respeito a uma experiência permeada por tristeza por ver sua dedicação profissional ser barrada pela questão política.

Além disso, Bastos e Silva Jr (2020) nos alertam que a polarização vivenciada pelo Brasil “nos coloca diante do traumático, de um excesso de excitação do aparelho psíquico, sem elaboração possível pelas vias habituais de enfrentamento das experiências de vida, desqualificando defesas e colocando em risco o próprio aparato psíquico do sujeito” (BASTOS; SILVA JR, 2020, p. 87).

Há na pandemia, segundo Calazans e Matozinho (2021), um empobrecimento da experiência da morte e a perda do sentido da morte pautada na ideia de uma “experiência de possibilidades de modos de socialização menos explorados da dor e do sujeito” (CALAZANS; MATOZINHO, 2021, P. 31). Nesse sentido, os autores questionam como lidar com a morte em um contexto que a torna algo escondido da cena social.

A pandemia convoca um questionamento sobre a questão da morte e sobre os desenlaces possíveis diante daquilo que é tratado no âmbito da negação, daquilo impossível de pensar que pudesse acontecer com a própria pessoa. A ideia de uma

morte biológica, apesar de dada enquanto única certeza da vida, provoca um reordenamento sobre a noção de corpo, pois o fim de um corpo biológico não indica, necessariamente, a finitude. Há aqui algo que ocorre para além do que é dado enquanto matéria física, o que aponta para uma discussão de outra ordem.

A religião pode vir a ocupar esse lugar de proteção contra o inevitável da morte por meio da ilusão da proteção divina. Além disso, a religião aparece para Freud como uma tentativa de solucionar o sentimento de culpa associado à ambivalência afetiva em relação ao pai. Assim, a religião ocupa um lugar de construção de um modo de contornar a finitude. Hermínia se posiciona frente à finitude a partir de uma concepção religiosa em que não há ponto final.

“Eu vejo [a morte] com um processo natural da vida, sabe? Eu não vejo como um ponto final, né, eu acho que eu tenho um pouquinho da inspiração mais oriental, assim. Eu acho que é natural da vida, sabe? Eu acho que justamente porque existe a morte, assim, que todo mundo sabe que a morte existe que a gente tem que está no presente, né? É isso e aos pouquinhos quando a gente vai trazendo para o presente a nossa vida quando a morte chega ela faz parte disso, né?” (Hérminia, 26a).

Em *O futuro de uma ilusão*, Freud (1927/2020) ressalta que a tarefa divina seria a de ajustar as falhas e os danos da cultura; prestar atenção aos sofrimentos provocados pelos próprios seres humanos uns aos outros; e vigiar os preceitos culturais. Desse modo, seria criado um tesouro de representações com o objetivo de tornar tolerável o desamparo que remete ao desamparo infantil. Assim, haveria uma proteção em duas direções: contra os perigos da natureza e do destino; e contra os danos da própria sociedade.

“[...] Eu sou espírita. Então, assim, eu lido com a morte muito bem. O engraçado é isso. Para mim ela não afeta tanto assim, entendeu? Tanto é que as pessoas pensam que a gente é até um pouco frio. Não é isso. Eu me ponho no lugar daquela pessoa, da família, de tudo. Mas eu lido muito bem porque para mim é a passagem e a gente, teoricamente, na minha crença irá retornar, né?” (Marden, 39a).

A própria morte, a partir da religião, não apareceria enquanto aniquilação, retorno ao inanimado inorgânico, mas como início de uma nova forma de existência. Ao tempo que lasmin constrói a ideia de que estava protegida da morte por esta ter se tornado um fenômeno comum, ela também evidencia um ponto em que não há proteção suficiente frente à finitude.

Em *O infamiliar*, Freud (1919/2019) ressalta que se sabe que a morte aparece como uma afirmação universal, mas não há um esclarecimento sobre isso, e a biologia não consegue decidir se a morte se caracteriza como destino necessário ou como incidente regular. Assim, as religiões abordam a questão da morte a partir de uma ideia de prolongamento da existência para além da vida. Neste sentido, Freud ressalta que o medo primitivo diante da morte se apresenta como algo poderoso, que se encontra pronto para se expressar quando algo vem ao seu encontro.

Eu confesso a você, hoje eu sou mais fria. [...] Antes uma morte assim eu me abalava muito, eu refletia muito. E hoje eu acho que a gente viu tantas mortes no COVID, não que a gente naturalizou, mas o impacto não é mesmo, sabe? [...] Meio que foram tantas mortes que a gente foi tentando, eu acho, que isso é uma proteção para a gente cria na gente mesmo né? Uma defesa porque toda a morte que a gente vê, que se a gente fosse abalar, eu acho que eu nem estava aqui mais trabalhando aqui, sabe? Porque foram muitas mortes e de pessoas novas que tinham família, mães, pais, filhos, entendeu? Que, assim, faz a gente refletir, mas acontece que a gente cria essa defesa não porque a gente se torna frio, mas uma autodefesa para nosso próprio bem, entendeu? (Iasmin, 30a).

A angústia diante da morte é tratada como algo que não deve fazer parte do arsenal da medicina, como se se abrir espaço para tal aparição fosse algo fadado ao fracasso. Assim, o modo como Iasmin se utiliza do “tornar-se fria”, como defesa, configura-se mais como uma exigência de subtração de um apaziguamento associado à morte do que necessariamente de uma proteção psíquica.

No mesmo sentido, a fala de Antônia se desdobra em duas direções: a ilusão de um mecanismo de defesa e a desilusão quando encontra as consequências.

“É como se a gente criasse um mecanismo de defesa mesmo, assim. Em algum momento você precisa se blindar. Então, eu acho que por mais que você tente se blindar e na medicina, independente da pandemia, você precisa se blindar senão você verdadeiramente adoce e não só na medicina, obviamente, em todas as áreas da saúde, mas eu acho que, mesmo com toda essa blindagem, isso reverbera dentro de você em algum lugar que você vai encontrar tempos depois [...]” (Antônia, 32a).

Na medida em que Antônia tenta demonstrar que suas defesas se apresentam ‘blindadas’, ela expõe que, metaforicamente, a bala atravessa seu vidro, e o sofrimento assola seu corpo. Apesar de iniciar seu discurso evidenciando a função protetiva de um mecanismo de defesa, a médica aponta que isso pode reverberar

dentro de cada um e aparecer tempos depois. Ou seja, uma solução temporária. Neste sentido, a religião aparece como o que pode escantear a morte, colocando em seu lugar um objeto de amor.

Diante disso, pode-se dizer que as estratégias utilizadas pelos entrevistados deste estudo exerceram uma tentativa de contornar os efeitos causados pela pandemia. Entretanto, aquilo apontado enquanto proteção não deu conta de tornar a experiência da linha de frente com a morte algo que não deixou marcas. O que poderia ser interpretado apenas como externo também é tratado enquanto interno, demonstrando que a intensidade diante de uma crise impossibilita a separação entre ambos.

4.2 A morte: um medo médico?

O medo da morte surge na entrevista de Carla como uma ameaça ao encerramento de uma vida ainda nem vivida, apontando para uma ideia de subtração da vida.

“Eu tinha mais medo não era nem de mim, era da minha família. Assim, eu tenho medo da morte, eu acho que um medo que, como eu falei, que eu não vivi o que eu queria ter vivido até agora. Mas, tinha mais medo da minha família, do meu pai, da minha mãe, dos meus irmãos. Tinha mais medo por eles. Medo da morte seria mais medo deles, da morte deles, do que o meu, do que da minha” (Carla, 31a).

A ideia de subtração da vida a partir de uma aproximação com a possibilidade de morte pode ser vinculada à castração enquanto posição diante da perda do objeto. Segundo Weinmann (2015), a partir de um estudo na teoria freudiana sobre a castração, entende-se que esta diz respeito à “uma operação psíquica estruturante do sujeito, cujo destino faz dele o que é” (p. 111). A morte, para além de uma morte biológica do corpo, aparece nessa fala de Carla como algo que poderia realizar uma interrupção em seu processo de estruturação. A médica aponta que a própria medicina privou a possibilidade de se viver outras experiências e, portanto, ainda havia muito para ser vivido.

Desse modo, a fala de Carla pode ser associada à ideia freudiana de que a vida empobrece quando ela não pode ser arriscada pela iminência de morte. Freud (1915/2020) ressalta que essa “tendência de excluir a morte do cálculo da vida traz como consequência muitas outras renúncias e exclusões” (p. 119), como a própria

médica ressalta, ao falar sobre sua dedicação aos estudos e sobre as renúncias associadas a isso. Seria como, se ao não contar com a possibilidade da própria morte, a vida fosse vivida de modo mais limitado. É neste ponto que a pandemia pode exercer sua função de alterar as estruturas erguidas sobre a morte, convocando cada um para um pensamento sobre a finitude da vida.

Além disso, Carla, neste fragmento, enfatiza o medo da perda de sua família. Entre os cuidados consigo e a proteção com o outro, é possível notar o modo como a médica desloca o medo da própria morte para a morte do outro. Dermatologista, recém especializada, Carla volta a Maceió interessada em trabalhar com sua especialidade. Entretanto, a pandemia limita suas perspectivas e a obriga a seguir outro caminho. Com pouca afinidade com UTI e emergências, e escolhendo uma área que se distancia da morte, Carla passou 4 meses sem ver a família pelo medo da contaminação.

“Até no quarto eu ficava sempre de máscara, n95, me cuidava, tomava todas as precauções, mas eu ficava com muito medo. Não só de morrer como de contaminar alguém que eu gostasse” (Carla, 31a).

Freud (1915/2020) coloca o medo da morte como algo secundário e proveniente do sentimento de culpa. O que Carla menciona no recorte acima é um medo de contaminar a família e, por consequência ser a culpada pelo adoecimento de alguém próximo. Isto gera para Carla, novamente, um movimento de renúncia e exclusão, que a faz privar-se do contato com a família. Ou seja, sua proximidade com o vírus, pela sua condição profissional, tal como as possíveis consequências dessa proximidade – contaminação, morte –, são modos de justificar os movimentos de renúncia e exclusão da médica.

O medo da morte também aparece para Antônia durante a entrevista. A médica faz um relato de seu adoecimento por Pielonefrite – infecção que acomete o trato urinário superior e que pode trazer sintomas graves (WIDMAIER, 2013) – como consequência das horas de trabalho na pandemia e pelo uso dos equipamentos de proteção individual que impossibilitavam as idas ao banheiro.

“[...] não que eu fosse morrer exatamente, mas que eu fosse precisar ir para UTI [...] e eu senti medo, não necessariamente da morte, mas eu senti muito medo, muito medo” (Antônia, 32a).

A afirmação de Antônia, que demonstra um afastamento da possibilidade de se aproximar da própria morte, pode ser lida a partir da ideia freudiana da morte como irrepresentável (FREUD, 1915/2020). Desse modo, na tentativa de conceber tal possibilidade, Antônia permanece lá, como nos apontava Freud (1915/2020), enquanto espectadora, já que “no fundo, ninguém acredita em sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo: no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (FREUD, 1915, p. 117).

Pode-se dizer ainda que o medo aparece para Carla e Antônia em estreita relação com o objeto contaminar e/ou o adoecer. Desse modo, pode-se pensar que tais objetos possuem representação e função. Em Freud (1917/2014), há uma distinção entre medo e angústia, em que o primeiro surge como aquilo de mais materializável frente às ameaças contra a vida; ao passo que a segunda pode advir de um desconhecimento do objeto. Para Freud (1917/2014), o primeiro estado de angústia acontece no ato do nascimento, associando-se à castração e, portanto, com alusão à perda do objeto. Entretanto, Freud (1926/2014) traz a ideia de que a angústia está associada à noção de perda de amor ao objeto. Assim, a angústia seria uma reação frente à ameaça de perigo que, ao provocar desprazer e advir tanto do externo como do interno, pode operar como sinal produzido ao nível do eu que poderia atuar enquanto limitante.

Dessa forma, entendemos que o medo surge para as médicas como via acessível, pois estas, ao serem questionadas na entrevista, apontam para o caráter limitante decorrente das mortes na pandemia. A acessibilidade pode ser compreendida pelo que Bastos e Silva Jr. (2020) ressaltam a seguir:

A angústia, carga desligada que emerge na consciência, irrompe nessas situações e passa a tomar conta do cotidiano de muitos no isolamento social. Algo aquém do medo, sentimento que permite simbolização, já que do registro de afeto ligado a representação (o sujeito sabe o que teme) (BASTOS; SILVA JR., 2020, p. 88).

Neste sentido, segundo os autores, abordar o medo ao invés da angústia resulta de um processo de simbolização diante do vírus enquanto objeto passível de representação (BASTOS; SILVA JR., 2020).

Para Calazans e Matozinho (2021), a pandemia seria, justamente, uma sombra que nubla os limites do tempo, evidenciando o terror, o medo e a angústia. Entretanto, os autores advertem ainda que a experiência da morte, apesar da onipresença da sombra da morte na atualidade, possui relevância nos processos de socialização

desde antes da era pandêmica. Desse modo, pela irrupção da pandemia, a morte é para a cena principal como um real inadiável (CALAZANS; MATOZINHO, 2021).

Dito de outro modo, é possível notar que tanto Carla quanto Antônia utilizam recursos que tratam de tangenciar a possibilidade da própria morte. Seja por ressaltarem sua maior preocupação com a perda do outro, seja por afirmarem que o medo não seria “necessariamente da morte”.

Além disso, Antônia aborda o medo associado à inversão de papéis entre ser médica e ser paciente, entre cuidar e ser cuidada. A possibilidade de ida à UTI a coloca no lugar daqueles que ela cotidianamente cuidava.

“A medicina é muito importante para mim, muito, uma parte muito importante, é uma parte em que eu me sinto útil para a sociedade, é uma parte em que eu me dedico, eu consigo exercer uma coisa que eu gosto muito que é o cuidado ou cuidar do outro” (Antônia, 32a).

Ao invés de cuidar do outro, a médica foi obrigada a cuidar de si por um tempo e isso provocou efeitos em sua atuação na linha de frente, levando-a, inclusive a iniciar uma terapia, que, segundo ela, foi pela necessidade de administrar os sentimentos durante a pandemia.

O adoecimento da entrevistada a convocou a pensar sobre seu estado de exaustão, como se o corpo tivesse dado sinais dos excessos cometidos: “Foi claramente um sinal de que eu estava exausta” (Antônia, 32). O corpo de Antônia evidencia aquilo que a medicina insistia em renunciar: o limite no corpo. Nesse recorte, o limite está associado à exaustão. Mas, afinal, de que se trata a morte senão do limite da vida? A ideia de limitação parece inconcebível, até que o corpo exige seu limite através de um adoecimento; ou a pandemia escancara a morte enquanto experiência inevitável.

Diante disso, podemos aproximar a experiência de Antônia ao que foi discutido no estudo de Castro-Arantes e Lo Bianco (2013) sobre corpo e finitude no contexto oncológico. As autoras apontam para a existência de um efeito de real no corpo do sujeito que se encontra diante de um adoecimento causado pelo câncer. Vale ressaltar que o câncer e a Pielonefrite de Antônia não dizem respeito ao mesmo nível de adoecimento por possuírem proporções distintas. Ainda assim, uma aproximação se torna possível por entendermos que o efeito de real no corpo do sujeito “carrega a angústia de castração, a transitoriedade da vida, sua finitude e, paradoxalmente, o

desejo. O desejo de um sujeito que é chamado a se posicionar frente a todas estas questões” (CASTRO-ARANTES; LO BIANCO, 2013, p. 2520).

Antônia, ao se deparar com seu adoecimento, se vê diante do caráter paradoxal da pandemia, em que não há distinção entre o que afeta o seu corpo ou o que afeta corpo do outro. Vê-se diante de um adoecimento causado justamente por aquilo que a move: a medicina. Assim, o adoecimento provocado pela pandemia convoca um retorno à experiência de satisfação que um dia a posicionou diante de suas questões. Desse modo, o adoecimento coloca Antônia diante da transitoriedade da vida e, apesar de afirmar que não necessariamente da morte, também desta aproximação com a possibilidade da própria morte. A angústia da castração se presentifica abrindo espaço para o desamparo.

Segundo Birman (1999), o desamparo no discurso freudiano foi enunciado de modo bastante precoce, mas como conceito só foi trabalhado apenas a partir de 1920, após um longo percurso teórico-clínico. Desse modo, em Freud (1926/2014) é tratado a partir da ideia de que a angústia “revela-se como produto do desamparo psíquico do bebê, que é a contrapartida evidente de seu desamparo biológico” (p. 80). Desse modo, o desamparo advém de uma separação, de início materna, e de um estado em que aquilo que é ofertado ao bebê de modo constante não mais o será, gerando uma falta. A angústia seria, portanto, a original reação ao desamparo no trauma, sendo reproduzida, posteriormente, na situação de perigo como sinal (FREUD, 1926/2014).

O médico, ao se deparar com a falta de conhecimento acerca da pandemia, remonta a ideia freudiana de desamparo, evidenciando uma ausência de amparo científico sobre o vírus que assolava o mundo. O desamparo evidencia que há um limite para a representação, que algo para além do sujeito que escapa, e a impotência se torna inevitável. O médico demanda respostas que não chegam e esse estado de desamparo pode abrir espaço para a angústia.

Tal desamparo pode ser notado em José Denilson, não ao nível de conhecimento ou tecnologia, mas pelo não saber o que fazer diante de um *ponto de agravamento*. Neste recorte, José Denilson relata sobre sua posição de médico ao acompanhar o caso de sua mãe que faleceu em decorrência da COVID-19.

“A sensação é totalmente de impotência diante da situação. Por mais que, em termos de conhecimento que você tem, de experiência, você está com outros profissionais tão bons conduzindo o caso, a gente sabe que chega um momento que fica limitado, não em termos de recursos tecnológicos porque ela

foi bem assistida, mas em relação ao que fazer a partir daquele ponto de agravamento. Isso é muito frustrante” (José Denilson, 30a).

O ponto de agravamento, ressaltado por José Denilson, aponta para a morte como uma possível consequência, caso o médico não consiga manejar a gravidade do quadro ao ponto de revertê-lo. A vida e a morte parecem estar em constante oposição, porém uma só existe em função da outra.

Desse modo, o desamparo possui estreita relação com a pulsão de morte, indicando-nos que o sujeito almejaria um estado de quietude que apagaria sua condição animada e um retorno à condição anterior inanimada. Ou seja, o que Birman (1999) pontua é que a morte, após 1920, passou ocupar o lugar de origem do ser; e a vida, a possibilidade que o ser adquiria para se opor a iminência da morte.

A limitação surge mais uma vez como um ponto que evidencia uma falta ao “ser médico”, como se este ponto fosse inconcebível para o médico. O desamparo presente na pandemia diz respeito à perda de uma posição libidinal, sendo o processo de luto aquele que pode remontar a perda dessa posição do ser amado em detrimento da perda de quem se ama. Do mesmo modo, o desamparo que se apresenta no discurso médico pode ser visto pela proximidade com a perda daquele lugar de onipotência ocupado pelo saber médico. Neste sentido, o desamparo aponta que há um limite na representação, e que há algo que está para além do sujeito, expondo-nos uma impotência frente a isso.

Apesar da noção consciente da limitação para os médicos, destacamos ainda que há um movimento que tenta contorná-la (ou desviar-se dela). O ato de convidar médicos a expressarem através das palavras a experiência cotidiana com a pandemia permite-nos escutar o modo pelo qual cada um se posiciona diante daquilo que provoca marcas.

Diante disso, pode-se notar que a frustração teve presença importante nas entrevistas realizadas. Ao passo que os participantes demonstravam gratidão pelo que foi possível fazer no decorrer da pandemia, também foram apontados os momentos de frustração diante do impossível da morte.

“A gente tem nossa limitação e eu sou bem ciente que, quando é a hora de ir, é para ir com qualidade. [...] Agora quando a gente vê pacientes que fugiram das metas terapêuticas de UTI e vai a óbito [...] é frustrante. É frustrante. A gente tem o hábito de chamar a equipe toda e procurar onde errou, entendeu? Nós

temos metas e nós todo final de mês a gente vê as taxas de mortalidade, entendeu? E discute o que a gente podia” (Hélio, 29a).

Hélio indica a possibilidade do erro como o que pode ter sido causador da morte de determinado paciente. Desse modo, pode-se pontuar que há uma tentativa de contornar aquilo que poderia ter sido inevitável a partir da ideia de que, se o caminho escolhido tivesse sido diferente, a morte poderia não ter acontecido. A onipotência médica fica estremecida diante dos casos que resultam em morte, como se esta fosse sinônimo de fracasso profissional e fosse incessante a necessidade de evitá-la.

A profissão médica é permeada de idealizações que podem ser rompidas diante das limitações impostas pela prática, o que pode provocar um possível desencanto pela profissão. Assim sendo, a frustração se torna frequente, visto que um poder inalcançável é depositado na profissão. Segundo Cunha (2017), a medicina foi reverenciada ao longo dos séculos devido à proximidade com as questões da vida e da morte, e pelas incessantes abdições que ela impõe em prol do trabalho, promovendo, na Grécia antiga, uma ideia que “assegurava socialmente o direito de exercer o poder sobre os outros” (CUNHA, 2017, p. 21). O imaginário entre o que se pode e o que não pode para o médico ainda faz parte do repertório contemporâneo, influenciando os profissionais ao ponto de negar a existência de limitações e, conseqüentemente, gerando frustrações.

Além disso, a questão da finitude sempre estará presente entre médicos, mesmo que o compromisso técnico destes seja com a vida, e de, culturalmente, serem idealizados como capazes de curar. Ao se verem diante da morte, os médicos podem experimentar sentimentos de fracasso e culpa – o que pode afetar sua credibilidade profissional e, conseqüentemente, intensificar o sentimento de impotência quanto ao fim (SOBREIRO; BRITO; MENDONÇA, 2021).

Diante disso, vimos de que maneira a morte se torna um medo médico, ao apontar para o limite da profissão e para a subtração de um lugar de onipotência, mostrando-se inevitável. A pandemia traz à tona o quanto o médico se encontra tomado pelas exigências em salvar vidas, o que o leva a buscar formas de contorno para a morte, em vias de manter a posição da medicina para si e para a sociedade.

Dito isto, este estudo demarca apenas uma das formas de acesso aos efeitos da pandemia, evidenciando um recorte da sociedade: os médicos. A dimensão da pandemia da COVID-19 no contexto mundial provocou transformações inimagináveis

e abriu espaço para investigações sobre as sequelas físicas do adoecimento, as consequências para saúde mental, os efeitos sociais e políticos, dentre outras. Assim, os efeitos desse marco histórico continuam a ser experienciados, considerando-se que, ao fim do limite temporal desta pesquisa (agosto de 2022), a pandemia seguirá assolando a sociedade.

5 CONCLUSÃO

A presente dissertação se situa em um recorte temporal bastante específico, causador de uma transformação mundial. Diante de uma pandemia que assolou as mais diferentes camadas e os contextos sociais, a nossa pesquisa buscou investigar a morte na experiência de médicos da linha de frente, tendo como referencial teórico a psicanálise. Desse modo, a partir das inúmeras mortes decorrentes da pandemia, as entrevistas permitiram acessar diretamente àqueles que estavam experienciando um reordenamento psíquico frente à finitude.

No levantamento bibliográfico, foi possível identificar que os estudos da medicina se ocuparam em investigar a função da formação sobre a morte para os médicos. Disciplinas relacionadas à morte e ao morrer passaram a fazer parte das grades curriculares e, ainda assim, o profissional (médico) ao atuar sentia dificuldades diante da possibilidade de morte. Frente a isso, do ponto de vista psicanalítico, aponta-se que a preocupação com a formação, apesar de importante, não é suficiente para fazer com que o profissional consiga enfrentar as questões sobre a morte. A psicanálise parte da ideia de que não há saber possível que pode dar conta do irrepresentável da morte. Com a pandemia, tal impasse se tornou apenas ainda mais evidente. *Assim, a escuta da angústia e dos medos promovida pelo nosso estudo também pode ser considerada como formadora e provocar efeitos nestes sujeitos pesquisados.*

Os entrevistados encontraram-se às voltas com as limitações diante da morte provocada pela pandemia. Por vezes, em suas falas, os profissionais faziam referência à sensação de impotência e, incessantemente, tentavam encontrar soluções para os pontos que sentiam que estavam falhando. A morte foi posicionada enquanto falência da medicina, como se a finitude não fosse permitida. Entre os entrevistados da nossa pesquisa, existem médicos que tiveram sua primeira experiência de comunicação e declaração de óbito na pandemia. Outro médico relatou nunca ter assinado tanta declaração de óbito quanto neste contexto.

No que diz respeito aos resultados, partiu-se da concepção de que há a presença do inconsciente em qualquer discurso recortado pela enunciação que o excede. Desse modo, foi possível notar a fala paradoxal dos entrevistados quando estavam às voltas com o processo de definir sobre o “ser médico”. Os recursos de cada um apontavam para seus próprios processos de inserção na profissão, para as

marcas deixadas pelo ofício e para os prazeres/desprazeres da prática profissional. Definir o “ser médico” surge como pergunta que provoca surpresa para os entrevistados: “Que pergunta!” ou “É muito subjetivo...”, surgindo até mesmo uma impossibilidade de definição: “Você não consegue definir o limiar entre quem você é fora e dentro da profissão”.

Os três tempos da pandemia apontados pelos médicos evidenciaram diferentes posicionamentos no decorrer de cada transformação de cenário. Elegemos a fala de lasmin ao dizer: “Não queria viver tudo aquilo de novo” para enfatizar o sofrimento associado à experiência de atuação na linha de frente. A possibilidade de retorno ao desconhecido provocava preocupação entre aqueles que foram diretamente afetados pelo caos instaurado na saúde.

A pandemia colocou o saber científico em questão e evidenciou o desamparo diante da falta de conhecimento. Os entrevistados apontavam para o desespero no início da pandemia em 2020 pela falta de informação e de possibilidades de atuação, e até para uma sensação de naturalização dos desafios e de alívio pelo início da vacinação. No momento de realização das entrevistas, em outubro de 2021, os leitos estavam esvaziados e, durante a semana que os profissionais foram entrevistados, só havia dois pacientes na UTI. O cenário de desafogamento do setor permitia que os médicos respirassem.

Cada profissional apresentou suas estratégias para enfrentar as exigências psíquicas diante de cada transformação entre os anos de 2020 e 2021. Ana Lúcia, Carla e Antônia apontaram os cuidados com a saúde mental como cruciais para lidarem com as dificuldades. Hermínia e José Denilson ressaltaram suas relações com a religião como responsáveis por um conforto diante da morte, partindo de uma ideia de extensão da vida. Para Ana Lúcia, a morte aparece enquanto difícil de dimensionar: “Eu não sei te dimensionar até que ponto, até que..., assim, em palavras o que significa realmente”.

Nas entrevistas, a medicina ocupava um lugar que ia desde a gratidão até a decepção frente à atuação profissional. Em uma investigação sobre a morte, os entrevistados falavam sobre suas perdas. As ausências em eventos familiares, as rupturas das relações sociais, as lacunas nos saberes diante do desconhecido do vírus e a dimensão limitadora de sua função no cuidado à saúde da população. O que antes era culpa da falha na formação abre espaço para a presença de outros

elementos que permanecem impossibilitando a aproximação com a finitude do ser. Quais elementos seriam esses? A proposta aqui delineada aponta que tais elementos independem do fenômeno que vai tentar exercer um lugar de representação para a morte. Em cada época e cultura, novos contornos são dados à finitude da vida, e ainda assim a representação da morte permanece na tangente.

A partir dessas considerações, a pandemia convoca os(as) médicos(as) a lidarem com a ideia de inúmeras mortes biológicas. Entretanto, a situação pandêmica atua em uma direção que não é capaz de representar a morte, mas de reordenar a noção de corpo, visto que o fim do corpo biológico é insuficiente para afirmar a finitude.

Para além disso, cabe ressaltar os desafios e as limitações decorrentes da aposta em realizar uma pesquisa a partir da psicanálise em extensão em meio ao caos instaurado por um vírus desconhecido. Os efeitos da pandemia também evocaram transformações no modo de pesquisar. Idas e vindas que, por vezes, quase indicaram a impossibilidade de finitude desse estudo. As questões aqui presentes não se esgotam, mas, certamente, abrem espaço para outras construções, tais como os aspectos negativos do discurso negacionista e os efeitos da função da religião diante da morte.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. N. *et al.* Freud um século depois: trauma, pandemia e urgência subjetiva. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 15, n. 29, p. 71–91, Rio de Janeiro, 2020.
- ALAGOAS. DECRETO No 69.529, DE 18 DE MARÇO DE 2020. **Diário Oficial do estado de Alagoas**, Alagoas, 19 mar. 2020.
- ALMENDRA, S. *et al.* Psicanálise aplicada ao contexto hospitalar: intervenções em tempos de pandemia Covid-19. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 15, n. 29, p. 92–102, Rio de Janeiro, 2020.
- AMARAL, R. E. C.; CERVINO, D. D. S. M. A.mor.te: Reflexões psicanalíticas sobre o amor e a morte na pandemia. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 15, n. 30, p. 56–78, Rio de Janeiro, 2020.
- AREDES, J. *et al.* O médico diante da morte no pronto socorro. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 48, p. 1-10, São Paulo, 2018.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª edição. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BASTOS, A. L. G.; ASSUAR, G. Apresentação da obra. In: BASTOS, A. L. G.; ASSUAR, G. (Org.). **Além do Vírus: Psicanálise e Resistência**. São Paulo: Zadogoni, 2020. p. 9-12.
- BASTOS, A. L. G.; SILVA JR. J. P. G. “So what?” A empatia e outros caminhos como saída da destrutividade. In: BASTOS, A. L. G.; ASSUAR, G. (Org.). **Além do Vírus: Psicanálise e Resistência**. São Paulo: Zadogoni, 2020. p. 83-94.
- BIRMAN, J. A dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, p. 9-30, Rio de Janeiro, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Sobre a doença**. Brasília: MS; 2020. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em: 19 de nov. 2020.
- BRITO, P. C. C. *et al.* Reflections on the Terminality of Life with Undergraduate Medical Students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, p. 1-5, Brasília, 2020.
- CALAZANS, R.; MATOZINHO, C. **Pandemia e o Neoliberalismo: A melancolia contra o novo normal**. Rio de Janeiro: Morula Editorial. 2021.
- CASTRO-ARANTES, J. M.; LO BIANCO, A. C. Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2515-2522, Rio de Janeiro, 2013.

CASTRO-ARANTES, J. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 19, p. 637-662, Rio de Janeiro, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Pandemia gera estresse e sobrecarga de trabalho, mas reforça confiança dos pacientes na medicina . 2021. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-de-covid-19-gera-estresse-e-sobrecarga-de-trabalho-medicos-mas-reforca-confianca-dos-pacientes-na-medicina/>> Acesso em: 26 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19**. 2021. Disponível em: <<https://memorial.cfm.org.br/>> Acesso em: 26 ago. 2022.

CORREIA, D. S. *et al.* Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 78-86, Brasília, 2018.

CORREIA, D. S. *et al.* Percepção e Vivência da Morte de Estudante de Medicina durante a Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, Brasília, 2020.

COSTA, T. N. M.; CALDATO, M. C.; FURLANETO, I. Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. **Revista Bioética**, v. 27, p. 661-673, Brasília, 2020.

CUNHA, L. H. C. S. Reconfigurações do narcisismo entre profissionais de saúde contemporâneos: o que o estudo psicanalítico sobre o Burnout tem a nos dizer sobre isso? **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 12, n. 24, p. 17–30, Rio de Janeiro, 2017.

DACORSO, S.T. M. Covid-19: Consequências Covid-19: pandemia do olhar e um esgarçamento do enquadre clínico. **Estudos de Psicanálise**, n. 54, p. 65-73, Rio de Janeiro, 2020.

DESSAL, G. A partir do confinamento, observações sobre o inesperado. **Correio Express: Revista eletrônica da Escola Brasileira de Psicanálise**. 2020. Disponível em: <https://www.ebp.org.br/correio_express/2020/04/24/a-partir-do-confinamento-observacoes-sobre-o-inesperado/> Acesso em: 25 abr. 2021.

DIAS, M. S. F. M. *et al.* Reações emocionais frente à Pandemia Covid-19: atendimentos aos colaboradores em situação de urgência subjetiva. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, p. 18-25, Rio de Janeiro, 2020.

DUNKER, C. I. L. **A arte da quarentena para principiantes**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2020.

FERRARI, I. F.; JANUZZI, M. E. S.; GUERRA, A. M. C. Pandemia, necropolítica e o real do desamparo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 3, p. 564–582, São Paulo, 2020.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, São Paulo, 2006.

FREUD, S. A angústia (1917). *In*: FREUD, S. **Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)**. Obras completas, vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. A negação (1925). *In*: FREUD, S. O infamiliar [Das Unheimliche] (1919). **O infamiliar e outros escritos** (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2019. p. 141-150.

FREUD, S. A transitoriedade (1916). *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Obras completas, vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte (1915). *In*: FREUD, S. **Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos**. (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 99-135.

FREUD, S. Dois verbetes de Enciclopédia (1922-1923). *In*: FREUD, S. **Além do princípio de prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 245-268.

FREUD, S. **O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos** (1923-1925). Obras completas, vol. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão (1927). *In*: FREUD, S. **Cultura, sociedade e religião: O mal-estar na cultura e outros escritos** (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2020. p. 233-298.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). *In*: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)**. Obras completas, volume 17: São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p.13-123.

FREUD, S. O Mal-estar na Cultura (1930). *In*: FREUD, S. **Cultura, sociedade e religião: O mal-estar na cultura e outros escritos** (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2020. p. 305-410.

FREUD, S. O infamiliar [Das Unheimliche] (1919). *In*: FREUD, S. **O infamiliar e outros escritos** (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2019. p. 26-125.

FREUD, S. Uma dificuldade da psicanálise (1917). *In*: FREUD, S. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”); Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)**, v 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

VIERECK, G. S. **O valor da vida: uma entrevista rara de Freud (1926)**. In: Bloco Mágico: Boletim Nacional do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise. n.3, 2017. Disponível em: <<https://corpofreudiano.com.br/w/wp-content/uploads/2018/01/Bloco-m%C3%A1gico-n-3-2.pdf>> . Acesso em 26 de agosto de 2022.

GOLDBERG, L.; AKIMOTO, C. **O sujeito na era digital: Ensaio sobre psicanálise, pandemia e história**. São Paulo: Edições 70, 2021.

IANNINI, G. Epistemologia da pulsão: fantasia, ciência, mito. In: FREUD, S. **As pulsões e seus destinos** (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2019. p. 91-134.

IZCOVICH, L. O corpo na psicanálise. In: Fórum do Campo Lacaniano-MS (Org.). **Psicanálise e Pandemia**. São Paulo: Aller, 2020, p. 49-79.

JORGE, M. A. C.; MELLO, D. M.; NUNES, M. R. Medo, perplexidade, negacionismo, aturdimiento-e luto: afetos do sujeito da pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, p. 583-596, São Paulo, 2020.

KALLAS, M. B. L. M. Psicanálise, sonhos e luto na pandemia. **Reverso**, v. 42, n. 80, p. 55-62, Belo Horizonte, 2020.

LAIA, S. Posfácio: orientação freudiana. In: FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017, p. 290-304.

LO BIANCO, A. C.; COSTA-MOURA, F. Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, Brasília, 2020.

LÓPEZ, A. L. L. Os efeitos da pandemia na instituição e na clínica psicanalítica: trabalhando on-line. **Estudos de Psicanálise**, n. 54, p. 25-30, Rio de Janeiro, 2020.

LUCCHINI, O. Desdobramentos do conceito de Pulsão de morte a partir de Freud. BASTOS, A. L. G.; ASSUAR, G. (Org.). **Além do Vírus: Psicanálise e Resistência**. São Paulo: Zed, 2020, p. 83-94.

MACHADO, A.V. *et al.* Sobre o luto: contribuições da psicopatologia fundamental. In: MACHADO, M. W. **Impactos das tecnologias nas ciências humanas e sociais aplicadas 5**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. p. 246-261.

MALTA, R; RODRIGUES, B; PRIOLLI, D. G. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 34-44, Brasília, 2018.

MATET, J-D. Convocado!. **Correio Express: Escola Brasileira de Psicanálise**. Disponível em: https://www.ebp.org.br/correio_express/2020/05/22/convocado/ Acesso em: 30 mai. 2020.

- MEIRELES, M. A. C. *et al.* Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. **Revista Bioética**, v. 27, p. 500-509, Brasília, 2019.
- MELEIRO, A.M.A.S. *et al.* Adoecimento mental dos médicos na pandemia de COVID-19. **Debates em Psiquiatria**, v. 11. p. 1-20, Rio de Janeiro, 2021
- MELLO, R. Luto na pandemia covid-19: entrevista com com prof. dra. maria virgínia filomena cremasco). **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 9, n.1, p. 7-17, Curitiba, 2020.
- MORAIS, I. M. *et al.* Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. **Revista Bioética**, v. 24, p. 108-117, Brasília, 2016.
- NIGRI, K. K. A repercussão pública da guerra discursiva na pandemia da Covid-19. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v.15, n. 29, p. 47-70, Rio de Janeiro, 2020.
- OLIVEIRA, K.; LIRA, S.; VIEIRA, T. Análise das medidas de flexibilização e retomada de atividades durante a pandemia de COVID-19 propostas em junho pelo Governo do Estado de Alagoas. Alagoas: UFAL, 2020. 37p.
- ORTH, L. C. *et al.* Conhecimento do acadêmico de Medicina sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 286-295, Brasília, 2020.
- RODRÍGUEZ-CALVO, M. S. *et al.* Attitudes towards physician-assisted suicide and euthanasia in Spanish university students. **Revista Bioética**, v. 27, p. 490-499, Brasília, 2019.
- ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Subjetividades**, v. 4, n. 2, p. 329-348, Fortaleza, 2004.
- SANTOS, M. R. C.; LINS, L.; MENEZES, M. S. “Las intermitencias de la muerte” en la enseñanza de la Ética y Bioética. **Revista Bioética**, v. 26, p. 135-144, Brasília, 2018.
- SANTOS, T. C. Versões contraditórias no campo da ciência: politização e desinformação na prevenção à Covid-19. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 15, n.29, p. 6-22, Rio de Janeiro, 2020.
- SANTOS, T. F.; PINTARELLI, V. L. Educação para o processo do morrer e da morte pelos estudantes de Medicina e médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 5-14, Brasília, 2019.
- SILVA, C. M.; MACEDO, M. M. K. O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 3 p. 520-533, Brasília, 2016.

SOARES, J. B. S.; RODRIGUES, P. M. A exigência psíquica dos rituais de despedida diante da morte em uma UTI da COVID-19 (Sars-CoV 2). **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 15, n. 29, p. 103-117, Rio de Janeiro, 2020.

SOBREIRO, I. M.; BRITO, P. C. C.; MENDONÇA, A. R. A. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 323-333, Brasília, 2021.

SOUZA, L. A.; HENDERSON, G. F. Testemunhos durante a pandemia: reflexões psicanalíticas sobre trauma, Estado, economia e morte. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, São Paulo, 2021.

TAMADA, J. K. T. et al. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 2, p. 81-87, São Paulo, 2017.

TOREZAN, Z. C. F.; AGUIAR, F. O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. **Revista Subjetividades**, v. 11, n. 2, p. 525-554, Fortaleza, 2011.

WEINMANN, A. O. Freud e o conceito de castração. **Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 22, n.1, p. 103-117, Porto Alegre, 2015.

WIDMAIER, E. P. **Vander fisiologia humana: os mecanismos das funções corporais**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ZADHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZANOTTI, S.; MIURA, P. Revisão da literatura: os exemplos de Freud e Lacan. *In*: QUEIROZ, E.; ZANOTTI, S. **Metodologia de pesquisa em psicanálise**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2019. p. 55-74.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ENTREVISTA

1 - APRESENTAÇÃO DO SUJEITO

Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação etc.

1- Relação com a medicina

- Fale um pouco sobre sua história de formação profissional.
- Como você caracteriza sua relação com a profissão?
- O que é ser médico para você?

O objetivo das questões está relacionado a contextualizar o modo como os profissionais se posicionam diante da medicina e do que permeia sua formação.

2- Adoecimento e pandemia

- Como foi lidar com a atuação na linha de frente da pandemia?
- Você adoeceu? Já havia adoecido gravemente com risco de vida?
- O que sentiu diante do adoecimento?

O objetivo das questões está associado a discutir o lugar do médico comumente tratado enquanto onipotente diante de um adoecimento que rompe com tal ideia. Além disso, investiga-se o modo que os entrevistados abordam aquilo que pode ter provocado fissuras e evidenciado fragilidades no modo de lidar com tal ruptura.

3- Morte e finitude

- O que é a morte para você?
- Você já esteve em situações diante da morte?
- Como se sentiu ao se ver diante da possibilidade de morte?

O objetivo das questões está baseado na teoria freudiana que aborda a própria morte como algo irrepresentável, ou seja, no inconsciente cada um está convencido de sua imortalidade. Desse modo, a pesquisa pretende investigar de que modo a morte é trazida pelos entrevistados, considerando uma possível reordenação diante do adoecimento provocado pela COVID-19 que se assemelha à situação de guerra que conduziu Freud na formulação da teoria. Assim, a aproximação com a mortalidade passa a ter uma presença constante e fazer parte do cotidiano (FREUD, 1915/2020).

4. Finalização

Há algo que você gostaria de acrescentar e que não foi contemplado nas questões anteriores?

APÊNDICE B: TRANSCRIÇÃO NA ÍNTEGRA DAS ENTREVISTAS

I. ENTREVISTA 1 (Hélio)

Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação.

Hélio: Eu fiz graduação na UNCISAL, depois pós-graduação em terapia intensiva e trabalho só em UTI.

Pesquisadora: Sempre quis trabalhar em UTI?

Hélio: Sim!

Pesquisadora: Fale um pouco sobre sua história de formação profissional

Hélio: Desde criança eu adoecia direto. Pirralho só faz adoecer mesmo. Aí eu ia para o médico e tinha vontade de ser médico, de escolher como profissão.

Pesquisadora: E a UTI como você decidiu?

Hélio: Ah, comecei a estagiar na universidade. Desde o segundo período quando estagiei em UTI e me enxerguei na UTI. Porém, eu tive muito... Eu não conseguia aceitar muito a UTI porque o povo falava: "Ah, UTI vai viver de plantão". Só que a UTI atual não é viver de plantão mais, existe a possibilidade de ser diarista. Na minha época eu não cheguei a ver, os lugares que estagiei não tinha diarista. Hoje em dia não. Hoje em dia a UTI é algo mais sério que pode ter resultados como diarista. Aí foi quando eu fiz a pós-graduação em UTI. Foi quando eu aceitei que realmente foi o que eu quero e isso é que eu vou batalhar para ter. Eu também sou diarista do [Nome de outro hospital].

Pesquisadora: Como você caracterizaria a sua relação com a profissão hoje?

Hélio: É o que eu gosto, eu estou satisfeito.

Pesquisadora: O que é ser médico?

Hélio: Ser médico se associa muito a adrenalina. O que eu sinto é que tem que fazer o que é certo e tirar o paciente do estado crítico. Quando não tem estado crítico e o paciente está estável é trabalhar meticulosamente e é um ciclo sem fim. Eu acho que quanto mais se procura mais se acha para poder fazer. Então, é algo que necessita

de dedicação e vontade de fazer isso. Porque existem várias possibilidades, é um campo bem aberto na medicina para se trabalhar, entendeu? E para quem gosta disso, de adrenalina, quantidade de adrenalina está no raciocínio. É um curso muito bom. É uma segurança muito boa. E você dar alta significa que seu trabalho deu certo.

Pesquisadora: Como foi lidar com a atuação na linha de frente da pandemia?

Hélio: Dava muito medo de achar que ia morrer.

Pesquisadora: Você chegou a pensar?

Hélio: Cheguei a pensar. Quando adoeci eu não tinha nunca nem dado plantão em COVID. Inclusive, eu estava cogitando em não dar. E até porque não tinha aparecido oportunidade na época. Eu tava só no Veredas e no HCOR. Não, acho que só tava no Veredas, acho que só tava no Veredas, eu acho. E a princípio o Veredas não tinha dito que iria virar COVID. Quando eu adoeci no dia seguinte o Veredas disse que ia começar a receber COVID. Acho que um dos primeiros leitos foi do Veredas, entendeu? Aí o primeiro caso de COVID foi na Santa Casa. Eu ainda hoje lembro eu fuçando no prontuário do paciente para aprender o que eles estavam fazendo, como é que é. Para caso eu pegasse alguma vez eu já teria noção o que eles estavam fazendo, como era a imagem da tomografia. Eu lembro claramente eu tava de plantão na emergência e foi legal saber o que eles estavam fazendo. Examinei lá. Foram pacientes que estavam fazendo... Foi até um casal que adoeceu e depois que foi ter em outro hospital que foi o HCOR, até que chegou no SUS. No sus chegou depois.

Pesquisadora: Você disse que chegou a adoecer antes, não foi?

Hélio: Quando eu tava doente que o hospital veredas disse que ia receber covid.

Pesquisadora: O que sentiu diante do adoecimento?

Hélio: Eu não desaturei. Tinha medo que com o passar dos dias começasse a desaturar. Cansava aos mínimos esforços. Medo, né, muito medo do desconhecido.

Pesquisadora: O que você tinha mais medo?

Hélio: Ir para UTI. Ia parar no início da minha carreira, que eu já tava trabalhando só em UTI, na verdade. Eu não tava preparado para COVID não. Eu tava trabalhando em emergência só, da Santa Casa.

Pesquisadora: O medo de ir enquanto paciente?

Hélio: O medo de ir enquanto paciente. Eu não tava preparado não. Comecei a trabalhar e já perder a vida, eu tava com medo disso.

Pesquisadora: Você adoeceu gravemente com risco de vida?

Hélio: Não

Pesquisadora: Quando você adoeceu de covid você teve essa preocupação de algo apontando para a possibilidade de morte?

Hélio: Sim, sim, nos primeiros dias foi muito assim. Nos últimos dias eu já tinha visto pelo tempo que eu não ia mais não adoecer. Não tinha mais risco.

Pesquisadora: Você tava acompanhado ou sozinho?

Hélio: Eu nunca fui para... Eu tirei dúvida com um colega meu do Einstein, mas dúvidas mais relacionadas a lidar com paciente crítico e não comigo mesmo. Mas eu tirei algumas dúvidas...

Pesquisadora: Você perguntava como se fosse para lidar com outra pessoa?

Hélio: Era mais isso, eu já tava preocupado. Eu tava doente e já sabendo que quando eu voltasse eu ia para UTI COVID. Na época ainda usava cloroquina. Os pacientes tudo morrendo com arritmia.

Pesquisadora: Como você vê a questão da morte?

Hélio: Eu vejo muito pouco morte hoje. Trabalho numa UTI de excelência. Aqui tem pouca admissão e não está tendo paciente grave. Eu trabalho numa UTI de referência que normalmente vai a óbito quem é paliativo. A gente trabalha de uma forma muito correta, tudo certinho, com tudo que precisa ter. Eu vejo muito pouco óbito. Os que eu vejo são os pacientes que eu nem cheguei a conhecer direito porque são pacientes que já estavam muito graves. Chegou e faleceu e não deu para conhecer. São os

óbitos em menos de 24h que não são contados como óbitos de UTI. Óbito em UTI com menos de 24h não é óbito da UTI. O paciente que já chegou definhando. E os pacientes paliativos que eu vejo, na verdade, como uma forma de conforto. A gente tem nossa limitação e eu sou bem ciente que quando é a hora de ir é para ir com qualidade. Então, eu forneço toda a qualidade para o paciente descansar. Libero a família para assistir quando está nos últimos dias de vida. Agora quando a gente vê pacientes que fugiram das metas terapêuticas de UTI e vai a óbito – que é muito pouco que eu vejo, na verdade, na uti que eu trabalho – é frustrante. É frustrante. A gente tem o hábito de chamar a equipe toda e procurar onde errou, entendeu? Nós temos metas e nós todo final de mês a gente vê as taxas de mortalidade, entendeu? E discute o que a gente podia... A gente vê: “Ah, esse mês teve redução de pneumonia associado a ventilação mecânica, estamos indo bem. Tem muito pouca infecção por dispositivo e aí tem a qualidade melhor”. Entendeu? Aqui a gente não consegue esses dados porque não é calculado. Não tem diarista. Não consegue ter essa aproximação com os dados.

Pesquisadora: Sobre a questão da sua própria morte, você chegou a pensar como que seria isso? De adoecer a ponto de evoluir para óbito?

Hélio: Eu estava muito preocupado em adoecer e morrer, não conseguir ser uma ponte para ajudar minha família que estava precisando. Minha família nunca adoeceu, só eu adoeci da minha família. Tinha um risco altíssimo porque minha mãe é fisioterapeuta e só veio trabalhar no ano seguinte. Nesse meio tempo eu não queria que ela trabalhasse e custeei quase tudo da família. Ela tomando a vacina voltou a trabalhar, voltou a ter a vidinha dela. E eu queria ser esse fomento para minha família. Se eu conseguisse ser esse fomento minha família toda poderia. Deu tudo certo no final das contas. Eu consegui atingir as minhas metas e comigo mesmo.

Pesquisadora: Você chegou a ter alguma perda próxima a você?

Hélio: Não. Não tive nenhuma perda. Tive perda não na família, mas uma pessoa de muita consideração, Dr. Ubiracy, não sei se você já ouviu falar. Ele é pneumologista e chefe de três UTIs, do Sanatório, do Veredas e da Santa Mônica. E é o médico mais humano que eu já vi na minha vida.

[Interrupção externa]

Pesquisadora: Você gostaria de complementar alguma coisa diante disso que a gente falou aqui, sobre a sua experiência na pandemia mesmo, como foi... ?

Hélio: Ah, eu cheguei a ver muita morte na pandemia. Coisas que a gente... Mortes inesperadas e reações dos mais diversos tipos das famílias, entendeu? Muitas reações. Um que ficou até hoje foi um rapaz adulto de 30 e poucos anos que quando o pai faleceu eu fui dar a notícia, ele deitou no chão e chorou como criança. Foi algo chocante. Caiu no chão e chorou batendo como se já tivesse sabendo. Foi algo que dava medo, dava preocupação, um desconforto, né? E o afastamento da família, o medo que eu tinha do afastamento gerar problemas judiciais e muita coisa nova. Tinha muito medo de judicialização das minhas condutas. Nunca passei por isso. Sempre zelei por fazer as coisas da forma mais correta possível. Mas não adianta, às vezes, a pessoa fazer a coisa certa. Se o paciente vai a óbito, a família pode procurar tudo. Entendeu? A gente tenta não levar pro óbito o paciente, mas é uma doença que leva a falência orgânica e precisa de uma equipe que não esteja muito exausta de dar plantão e que tenha maquinário novo e antibióticos caros. Precisa que tenha uma estrutura muito boa para que tenha como poder evitar que a morte e mesmo assim, como foi o caso do Paulo Gustavo, não foi falta de assistência, não tem o que fazer, não tem.

II. ENTREVISTA 2 (Eliane)

Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação etc. Fique à vontade o que vier na sua cabeça.

Eliane: Medicina foi desde criança, sabe? Não, deixa eu primeiro me apresentar. Meu nome é [Nome suprimido], eu sou daqui de Maceió mesmo, tenho 37 anos e antes de fazer medicina eu fiz fisioterapia. Eu fiz fisio, fiquei um ano em São Paulo ainda fazendo um após depois entrei no mestrado. E aí foi no segundo ano do mestrado que eu larguei e aí fui fazer medicina, certo? Mas assim eu sempre quis fazer medicina, desde criança. Então assim, eu acho que é coisa de dom mesmo. No fundo eu sempre soube que queria, mas por imaturidade, não tinha passado logo, fui e fiz outro curso. Quando eu vi que eu não ia ser feliz nunca e ia ser frustrada eu retomei, graças a

Deus, aí deu certo. Hoje eu faço residência de anestesia, fiz medicina lá em Recife no IMIP, aí eu acabei trancando 6 meses a faculdade porque eu engravidei. Aí a minha turma era pra ser 2018 e eu só me formei em maio de 2019, fiquei trabalhando até o final do ano. Foi quando eu fiz a prova de residência e passei, aí voltei para Maceió que é a minha terra natal. Hoje eu sou R2 de anestesia.

Pesquisadora: Como você caracterizaria sua relação com a profissão?

Eliane: Eu amo, sou apaixonada, enlouquecidamente. Eu acho que a gente às vezes perde um pouco o controle de horas de trabalho, a gente, às vezes, é um pouco consumido mesmo assim com essa rotina louca de plantão, de tudo, sabe? Isso é uma coisa que eu gostaria de organizar mais na minha vida, mas assim sou apaixonada, não tenho dúvidas em nenhum momento. Foi a maior certeza. Primeiro o meu filho e depois a medicina.

Pesquisadora: O que é ser médica para você?

Eliane: É, isso. É muito subjetivo, né? Como é que você vai conseguir traduzir isso? É abdicar de muita coisa, estar ausente vários outros momentos, é ser grata, é muito gratificante você sentir que está ajudando, sabe? É uma relação de amor, né?

Pesquisadora: Como é que foi lidar com atuação na linha de frente da pandemia?

Eliane: Eu acho que foi muito gratificante, apesar de ter sido exaustivo em alguns momentos né? Você se sentir útil naquele momento e por outro lado também teve um momento de frustração de você perder pacientes e apesar de todo mundo fazer o máximo que podia, de ajudar, de saber que várias coisas não estão no seu controle, né? Mas assim, eu acho que o que é importante é você saber que o que você podia fazer naquele momento tão importante da história da humanidade... você estava ali ajudando. Foi muito gratificante na maioria dos momentos, mas também foi muito frustrante em outros momentos e triste, né? A gente viu famílias sendo destruídas. Assim, você ver morrer várias pessoas da mesma família, não é... isso é muito difícil, por mais que a gente se acostume ali tem momentos de perdas, né, a gente de qualquer forma tá acostumada a perder, a ver pessoas falecerem, né? Mas assim,

teve momentos muito duros assim nessa fase. Dar notícia, ver as pessoas dilaceradas assim, né? Destruídas mesmo, assim arrasadas. Foi difícil.

Pesquisadora: E com você, pessoalmente, teve algum momento assim com você?

Eliane: Da minha família, uma coisa mais pessoal? Não. Graças a Deus não. A gente adoeceu. Teve uma época que adoeceu todo mundo em casa. Mas assim, com quem eu mais me preocupava era com o meu pai que é obeso, hipertenso, tem várias comorbidades e tudo e ele foi o único que não teve sintoma né? A gente acha que ele adoeceu, né? Porque adoeceu todos de dentro de casa com teste positivo, só ele que não testou. Entendeu? Aí ele foi o único que não teve sintoma nenhum.

Pesquisadora: Quando você adoeceu como é que foi?

Eliane: Tranquilo. Assim, nenhum momento eu me apavorei com essa coisa de COVID. Eu só fiquei vigilante, né? Assim, porque primeiro quem adoeceu foi meu então marido né? Ele, inclusive, ele que trouxe a doença porque, ele veio de Recife, e ele não sabia né ele almoçou com o encarregado da obra e no outro dia ele veio para Maceió, ficamos todos juntos em casa e no outro dia ele começou com dor de cabeça, depois muita coriza, tosse e aí no dia seguinte fui eu e no dia seguinte foi a minha irmã e no dia seguinte foram as crianças e aí todo mundo testou e todo mundo positivo, mas assim ele foi quem ficou mais mal. Assim, nos primeiros dias teve mais prostração, febre, depois ficou logo bem e eu e a minha irmã foi mais tosse e pigarrozinho e tal. Um incomodo, mas não foi nada grave, sabe? Não chegou a ter falta de ar, nada assim, nenhum sintoma que gerasse um medinho a mais, né, assim, foram só sintomas gripais mesmo. Assim, tranquilo.

Pesquisadora: Você tinha mais medo da morte do outro?

Eliane: Sim, principalmente com meu pai comigo. Comigo eu nunca tive medo assim. Não sei se é porque eu via muito de perto, não sei explicar, não, eu mesmo não tinha mesmo não assim comigo. Pensava mais no meu pai mesmo e assim eu tinha medo do meu filho, né? Das crianças, da minha sobrinha.

Pesquisadora: Como é que você vê a questão da morte?

Eliane: Como eu vejo a morte? Eu sendo bem sincera, eu vejo como algo que é inevitável. Sim, não vejo a morte como uma coisa “Ô meu Deus que desespero não”. Hoje eu tenho medo de morrer por conta do meu filho, ele é criança e eu não queria, Deus me livre, deixar uma criança sem mãe. Eu tenho medo nesse sentido, mas eu mesmo nunca tive medo de morrer não.

Pesquisadora: Você já pensou na sua morte em algum momento?

Eliane: Com as pessoas que vão ficar sim. Hoje eu não penso na minha morte não, como eu disse, eu hoje eu tenho medo por conta do meu filho. Não queria morrer antes dele se tornar pelo menos adulto, entendeu? Eu queria além de participar da vida dele eu queria dar esse suporte porque eu acho que nenhuma criança merece ficar sem mãe ou sem pai também. Não tiro a importância de um pai. Essa questão de vida ou morte... de morte, na verdade.

Pesquisadora: Você já chegou a adoecer em um outro momento da sua vida por alguma questão?

Eliane: Já adoeci no meu puerpério. Tive Davi, assim, eu me programei para um parto normal, tive uma gestação tranquila né, fiz exercício até a véspera praticamente do parto, mas eu tive uma rotura de bolsa que eles chamam alta e não parecia rotura de bolsa e eu fiquei 4 dias com a bolsa rota sem saber, sem sintoma nenhum. No quarto dia eu acordei sentindo mal e tal e entrei num trabalho de parto acelerado assim. Parto [indecifrável] que chama né e aí eu evolui bem rápido, assim, eu fiz febre intraparto e ele nasceu cansado, foi para a UTI. Foi um momento bem difícil. Assim, para mim principalmente porque não imaginava que isso pudesse acontecer né? Assim, eu fiquei 15 dias internada tomando antibiótico, tiver uma hemorragiazinha no parto e ele ficou internado também tomando antibiótico. Então, assim, foi um momento bem difícil emocionalmente falando.

Pesquisadora: Nesse momento você chegou a pensar sobre a questão de morrer?

Eliane: Não, não cheguei a pensar em morte não. Só foi um momento difícil assim mesmo. Mas pensar em morrer mesmo não cheguei a pensar não.

Pesquisadora: Tem algo que gostaria de acrescentar?

Eliane: Não sei. Assim, eu acho que foi bem impactante. Eu acho que quem viveu a pandemia, quem trabalhou, quem teve junto, com certeza foi uma experiência que marca para o resto da vida, vai marcar para o resto da vida porque, assim, a gente realmente teve momentos bem difíceis, sabe? Assim, de tá com a uti lotada pouco, médico, não ter médico, você está sozinho no plantão, você saber que eu aquele doente precisava de uma atenção super detalhada e aí muitas vezes a gente não conseguia dar por falta de tempo, por falta de recurso, às vezes, falta de equipe, né? Então assim, tiveram mortes que foram realmente impactantes. Assim, mas por outro lado a gente viu, assim, que quem estava ali estava realmente querendo ajudar, estava batalhando, estava disposto. Mas é difícil isso, é meio contraditório, né, que a gente realmente teve momentos muito difíceis. Assim, como eu disse para você desde o início foi gratificante e frustrante ao mesmo tempo. Foi uma coisa meio paradoxal, assim, essa sensação né? Tiveram momentos que foram bem difíceis e tiveram momentos da gente ver pessoas que a gente chegou a pensar que ia perder sair e ver a família e tudo e foi muito gratificante também.

III. ENTREVISTA 3 (José Denilson)

Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação.

José Denilson: Meu nome é [oculto], eu tenho 30 anos. Então, a questão de ter escolhido a medicina em si basicamente foi por referência dentro da família. Eu tinha uma tia minha que era pediatra ainda e que não atua mais. E quando eu era menor ela era para mim uma pessoa de referência e por ter me chamado muita atenção ela em si e a profissão que ela desempenhava, eu meio que acabei tomando gosto.

Pesquisadora: Fale um pouco sobre sua história de formação profissional

José Denilson: Eu sou daqui de Maceió, mas a minha formação foi fora em outro estado em Sergipe. Fiz a graduação na universidade Tiradentes em 2011 e minha formação foi em 2017. Nesse meio período que eu estive lá eu fiz um intercâmbio na Austrália com a duração de 1 ano, entre 2013 e 2014. Estudei Medical Science lá, uma graduação sanduíche que eu fiz. Retornei e conclui. Posteriormente, entrei na

residência em 2018, foram 3 anos, residência de Anestesiologia e conclui no início deste ano em 2021. A residência fiz aqui no [Nome do hospital].

Pesquisadora: Como você caracteriza sua relação com a profissão?

José Denilson: Hoje eu tenho uma relação muito estreita com a medicina né? Acredito que não só pela carga horária, mas pelo vínculo em si. Acredito que tem uma relação bem intensa mesmo que eu vivo junto da medicina. Acredito que isso tem muito a ver com o nosso desempenho, com as nossas características, mas dentro da faculdade, dentro do internato, a gente já vive essa intensidade e meio que quando a gente sai dela, da formação, a gente tem este aspecto bem intenso que carrega, né, com a gente.

Pesquisadora: O que é ser médico para você?

José Denilson: Ser médico para mim é uma realização, de poder ajudar os outros né? Eu aprendi durante a minha formação e isso é muito gratificante e eu descobri ainda mais essa gratidão, essa paixão, quando entrei em Anestesiologia. Aí eu consegui me sentir bem.

Pesquisadora: Como foi lidar com a atuação na linha de frente da pandemia?

José Denilson: No início foi bem conturbado, aquele períodozinho de abril por aí foi um período bem conturbado. Eu ainda tava na residência, em 2020, e aí a gente foi chamado para ser alocado nas UTIs, na linha de frente. Tanto pela nossa característica de formação quanto com as habilidades que a gente tinha desenvolvido ao longo desse tempo. Aí foi solicitado essa ajuda dentro da residência e posteriormente a gente acabou atuando também em outros hospitais, ajudando. Mas foi um momento tenso porque a gente tava lidando com algo desconhecido e havia todo um medo do que poderia acontecer com a gente mesmo e com os nossos familiares.

Pesquisadora: Você adoeceu? O que sentiu diante do adoecimento?

Já havia adoecido gravemente com risco de vida?

José Denilson: Cheguei a adoecer em abril eu fui contaminado, fiz o teste, o swab, e deu positivo. Só que saiu o resultado só 30 dias depois que eu estava com os

sintomas, me afastei 14 dias, mas eu só realmente tive a confirmação 30 dias depois. Meus sintomas foram relativamente leves, mas enfim... pelo menos isso foi tranquilo, não foi nada grave, não precisei ser hospitalizado, precisei apenas ficar em casa. Fiquei preocupado, como era uma doença nova, a gente não sabia ao certo como se comportava. A gente via pessoas com mais idade, com comorbidades desenvolvendo quadro grave que era o mais comum, mas querendo ou não tinha pacientes jovens também desenvolvendo quadros graves e isso chamava atenção. Principalmente eu que estava trabalhando ali diretamente com aqueles pacientes.

Pesquisadora: Você chegou a perder alguém próximo?

José Denilson: Perdi, perdi, relativamente, não tem tanto tempo. Perdi minha mãe em março desse ano, nessa segunda onda, acabei perdendo ela.

Pesquisadora: Como foi para você? Se você puder falar um pouco.

José Denilson: Foi bastante duro, foi um baque para falar a verdade porque eu tive uma perda familiar em 2018 que foi do meu irmão. Morava eu, meu irmão e ela. E essa perda dele já foi algo impactante para nossa família, né? E esse ano, em março, ela ficou 30 dias internada na UTI, eu acompanhando e ela veio a falecer, infelizmente. Foi um momento bem difícil, um período de luto bem intenso. Então, uma perda inestimável, que só o tempo para gente conseguir, aceitar a gente não aceita, a gente acaba de uma forma ou de outra se conformando. E a dor que você sente naquele período inicial vai virando saudade, basicamente.

Pesquisadora: Você enquanto médico quando viu o caso dela como ficou?

José Denilson: A sensação é totalmente de impotência diante da situação. Por mais que em termos de conhecimento que você tem, de experiência, você esta com outros profissionais tão bons conduzindo o caso, a gente sabe que chega um momento que fica limitado, não em termos de recursos tecnológicos porque ela foi bem assistida, mas em relação ao que fazer a partir daquele ponto de agravamento. Isso é muito frustrante.

Pesquisadora: Como se sentiu ao se ver diante da possibilidade de morte?

José Denilson: A gente sempre se preocupa, né, mas nesse contexto inicial, nesse ano, como eu já estava vacinado, eu já estava mais tranquilo, eu não estava aflito em relação a isso, mas antes, no ano passado, no início da pandemia, era uma coisa mais intensa de se pensar, como se estivesse mais próxima do real de acontecer, de se preocupar em adquirir e vir a falecer.

Pesquisadora: Como você vê a questão da morte?

José Denilson: A morte que eu vejo faz parte de um ciclo de vida, onde tudo se inicia e tudo precisa ter um fim. A gente cresce, reproduz e morre. O que vai impactar ou não são os diferentes contextos que vai acontecer né? Tal fato. Aí é variável né? Pode ser de uma causa natural ou não natural e nesse contexto que por ser uma coisa mais natural pode ser que impacte mesmo e a gente tenha mais tempo de aceitar e enfim, lidar de uma forma melhor. Se for uma coisa não natural, acredito que aquilo seja alguma coisa mais dura e mais intensa de ser vivida, de lidar com aquilo.

Pesquisadora: Já havia adoecido gravemente com risco de vida?

José Denilson: Não, em nenhum momento.

Pesquisadora: Há algo que você gostaria de acrescentar e que não foi contemplado nas questões?

José Denilson: Não, que eu lembre realmente não.

IV. ENTREVISTA 4 (Gumercindo)

Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação.

Gumercindo: Sou [nome oculto], cardiologista, tenho 40 anos, 13 anos de formado. 14 anos de formado.

Pesquisadora: Fale um pouco sobre sua história de formação profissional.

Gumercindo: Me formei em 2007, passei na residência de clínica médica direto, fui fazer clínica médica em João Pessoa, na UFPB, comecei em 2008/2009, aí depois fiz cardiologia em campinas, na UNICAMP, em 2010/2011. Lá eu fiz ainda

ecocardiograma entre 2011/2012/2013 e fiquei ainda mais 6 meses fazendo alguns cursos para me aperfeiçoar e voltei para Maceió em 2014. Desde então trabalhando em vários cantos. Com um cotidiano bem cansativo.

Pesquisadora: Como você caracteriza sua relação com a profissão?

Gumercindo: Minha paixão, adoro medicina e adoro cardiologia, principalmente, mas cansativo.

Pesquisadora: O que é ser médico para você?

Gumercindo: Uma doação a carreira. Eu não vejo nenhum médico, não é nenhum, mas a extrema maioria do comprometido com o ser médico eles são... refém é uma palavra forte, mas eles são voltados, doados, a medicina.

Pesquisadora: Como foi lidar com a atuação na linha de frente da pandemia?

Gumercindo: No começo acho que para todos né? Linha de frente ou linha de trás era bem conflitante, bem temeroso, mas confesso que eu em nenhuma hora me desesperei. Temia no começo, mas depois você vai se acostumando, e com a sensação de meu dever de fazer isso. Eu tive essa sensação, eu acho que teria que ser a gente, se não fosse a gente não seria ninguém. A gente da área de saúde né?

Pesquisadora: Você adoeceu?

Gumercindo: Eu tive uma gripe, me conhecendo eu não adoço muito não. Uma vez por ano eu tenho apenas uma gripe mesmo e aí no ano passado, uns dois, três meses, de epidemia, no começo da pandemia, eu tive uma gripe semelhante aos outros anos, mas como tinha a pandemia a gente se atentou e eu fiz as sorologias e tudo negativo, e aí eu continuei o trabalho.

Pesquisadora: Então mesmo com os sintomas você continuou trabalhando?

Gumercindo: Eu só tive... assim, eu não tive sintomas sugestivos, a não ser a gripe que por si só já pode ser, depois eu tive resultado negativo e continuei. Como todo ano eu tenho essa gripe, bem dizer.

Pesquisadora: Já havia adoecido gravemente com risco de vida?

Gumercindo: Não, nunca.

Pesquisadora: Como você vê a questão da morte?

Gumercindo: Eu, pessoalmente, o que eu sinto muito é quando eu perco paciente jovem é uma coisa que me causa angústia, um conflito interno, não tolero perder paciente jovem. Paciente idoso eu confesso que... acostumar é uma palavra... mas eu não vejo outra palavra. Eu já estou acostumado, vamos dizer assim, porque cardiologista que trabalha em UTI. O que eu vi em relação ao público em geral e principalmente a área de saúde é que, infelizmente, a morte no COVID me parecia que ficou mais banal. Tipo assim, foi COVID era normal. Isso me deixou triste, entristecido, eu não consegui acostumar, mas eu percebia que meio que banalizou a morte, era normal morrer se fosse por COVID. Eu acho que dava para fazer um pouco diferente em muitos casos.

Pesquisadora: Você chegou a pensar na sua morte?

Gumercindo: Sim, no COVID. Eu sou autônomo a vida todo e o principal motivo de entrar no [Nome do hospital] porque eu faço parte da rede privada, foi segurança de vida do ponto de vista se eu adoecesse, se eu morresse, se ficasse intubado... Como eu sou autônomo para suprir a minha família que depende muito da minha renda eu procurei o [Nome do hospital] para minha estabilidade em caso de adoecer. Mas eu continuei na rede privada ainda. Cuidando também do COVID, tratando diariamente.

Pesquisadora: A pandemia modificou algo nessa concepção de morte?

Gumercindo: Não, a minha especialidade... quem trabalha com UTI, a gente lida muito com morte, na UTI cardiológica, mas eu sempre falo que o que me atinge muito é perder paciente jovem. Aqui, então, muito no [Nome do hospital]. E eu sofri porque vi que dava para fazer diferente, não só a equipe de saúde como um todo, mas a instituição, dava para fazer diferente.

Pesquisadora: Você chegou a perder alguém próximo a você?

Gumercindo: Sim, dois tios.

Pesquisadora: Como foi?

Gumercindo: Um dos tios esteve em outro hospital. A morte por COVID é estranha, a gente fica com a sensação de que não morreu porque estava naquele começo que ninguém se via, a pessoa morre e a gente não pode nem ir para o enterro. E ficou a sensação como se não tivesse morrido, porque a gente já estava sem se ver. O outro tio, esse era meu padrinho, esse foi bem próximo porque eu tratei dele no hospital. Então, me abalou, obviamente, apesar dele já era uma pessoa idosa, 74 anos, mas era uma pessoa muito ativa. Não tinha tantas comorbidades não. Mas foi um tio que eu sofri, mas eu acho que eu sofri como qualquer outra doença.

Pesquisadora: Há algo que você gostaria de acrescentar e que não foi contemplado nas questões?

Gumercindo: Não.

V. ENTREVISTA 5 (lasmin)

Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação.

lasmin: [oculto], sou médica, vou fazer dois anos de formada. Sou residente de infectologia, estou no primeiro ano. Sou do interior de Alagoas, mas vim para cá para estudar e entrei aqui no início de janeiro, aqui no COVID.

Pesquisadora: Fale um pouco sobre sua história de formação profissional

lasmin: Eu me formei pela universidade estadual daqui de Alagoas, a UNCISAL.

Pesquisadora: Você sempre quis fazer a residência de infecto ou pensou em outra coisa?

lasmin: Não, eu queria fazer psiquiatria, aí eu era, assim, muito não ligada a psiquiatria. Fui monitora 2 anos, sabe? Só que quando eu comecei a trabalhar eu não tinha muita paciência com paciente psiquiátrico, aí eu disse não, isso aqui não é meu caminho. Quando você é estudante é uma coisa, quando você se forma, assim, você se depara com outra realidade né? Aí, eu vi que não era muito a minha área. Aí, quando foi na pandemia eu comecei a olhar de uma forma diferente para infectologia, passei numa peneira o que eu queria para a minha vida. Eu queria uma residência

que eu pudesse fazer um consultório, que fosse acesso direto. Queria acesso direto, não queria fazer sub e mais sub e assim passei. O que eu queria era ficar aqui em Alagoas. Eu queria uma residência que não fosse tão pesada por exemplo como uma cirurgia da vida ou uma clínica médica também. Assim, eu acho bem pesado, sabe? Eu queria uma coisa que não me consumisse muito, sabe? Porque, assim, a medicina se você deixar ela te rouba tudo e assim eu fui por esse caminho e passei e fui fazendo um filtro das coisas que eu queria e fui parar na infecto, aí eu tô gostando. Eu estou no primeiro ano de clínica nesse ano e estou gostando. Nunca pensei em fazer isso, infecto, mas vim parar aqui.

Pesquisadora: Como você caracteriza a sua relação com a medicina?

lasmin: Assim, não de decepção, sabe? Mas, assim, hoje eu vejo que a medicina não é um mar de rosas, existe... se você não tiver cuidado ela toma muito conta da sua vida ela te deixa sem família, assim, deixa, assim, sem companheiro. Se você não tiver cuidado, você passa a viver só medicina, sabe? E assim, aí tipo eu vou tentando... lutando para não cair nesse abismo, sabe? Assim, porque se a gente não tiver cuidado a gente só vive para ela, sabe? Assim, a rotina da medicina é pesada, a responsabilidade é grande, né? E assim, eu acho que as pessoas às vezes romantizam muito a medicina. Não é bem assim, sabe? Tem um lado desgastante também, mas também tem um lado muito prazeroso. É onde você vê a satisfação do paciente, solucionar, é ver uma alta, dar uma alta. Eu acho muito gratificante, ver o paciente evoluindo bem. Assim, minha relação hoje é essa com a medicina. No começo quando eu me formei eu dava muito plantão, sabe? Ai depois eu fui vendo que eu tava no primeiro ano de formada e o que era que eu estava fazendo na minha vida, sabe? Tipo, passava mais tempo fora de casa do que na minha casa. Assim, aí hoje eu estou bem menos, eu só trabalho aqui na residência, dou os plantões aqui a cada 15 dias. Só que aqui a gente está com previsão, né, de acabar e eu vou pretender ficar só com esse plantãozinho a cada 15 para dar uma respirada e me dedicar mais a residência, estudar mais.

Pesquisadora: O que é que é ser médica para você?

lasmin: Que pergunta! Para mim, eu defino, assim, a medicina na minha vida como uma realização pessoal. Eu passei muita coisa na minha vida, eu passei 3 anos para

passar no vestibular. Já fui muito desacreditada, já chegou pessoas da minha família para dizer que só passa em medicina quem é inteligente, essas coisas, que meio que eu queria provar para mim até para as pessoas que eu era capaz, sabe? A medicina sempre foi um divisor de águas para mim porque eu era no interior e eu vim para cá e minha vida mudou, não é? Eu vim para cá, não voltei mais. Aqui, eu amo Maceió, fiquei aqui pela medicina, sabe? Assim, acho que os caminhos que me trouxe até aqui foi a medicina que me trouxe, sabe? Para mim, é uma realização pessoal. É a palavra que define para mim.

Pesquisadora: Como foi para você lidar com atuação na linha de frente?

lasmin: Rapaz, é, no começo da pandemia eu confesso a você que eu fiquei com bastante medo porque era uma coisa desconhecida para mim. Como era recém-formada eu não tinha muita experiência. Ainda não tenho, né? Todo dia aprendo alguma coisa e no começo eu me afastei, sabe? Eu procurei os plantões mais tranquilos. Não fui bem linha de frente, eu fui para os gripários, entendeu? Não fui para UTI, não enfrentei esses plantões mais pesados porque, na verdade, eu fiquei com medo. Medo do desconhecido. Aí, aos pouquinhos fui me adentrando mais ao COVID, né, aí foi que eu fui para os gripários, para o Metropolitano que lá era plantão de enfermaria. Aí teve essa seleção aqui e fui chamada em janeiro. Eu fiz o ano passado, mas eu fui chamada esse ano e estou aqui. E, assim, eu vivi... – como a minha família é de longe eu passei muito tempo sem ir em casa por causa da pandemia e assim era desgastante, sabe? Assim, porque a gente fica com medo da nossa família adoecer, da gente não poder estar junto. Eu passei mais de 3 meses em casa, sabe? E assim, queira ou não queira, isso resulta numa solidão, né? Uma solidão e às vezes a gente se sentia... eu me sentia muito fraca. Assim, fraca no sentido de frágil, está muito frágil, nesse sentido. Assim, passa um momento de choro, medo, né? É isso! Não é à toa que depois teve o primeiro o primeiro lockdown, aí depois teve o segundo. O segundo esse ano, num foi? Depois de dezembro que teve o segundo, foi até quando ele anunciou, o governador que ia ter outro lockdown. Aí eu pensei: Não, não quero mais não, comecei a chorar porque não queria viver tudo aquilo de novo, sabe?

Pesquisadora: Você chegou a adoecer?

lasmin: Não

Pesquisadora: Chegou a testar positivo?

lasmin: Não, nunca testei positivo.

Pesquisadora: Ficou com medo disso acontecer?

lasmin: Não, eu tinha medo da minha mãe adoecer porque ela é a pessoa mais especial da minha vida e já idosa. Eu morria de medo dela, de mim não. Eu, na verdade, assim eu até que passe um tempo, assim, a gente se descuida, né? E eu não fui tão rígida comigo no COVID. Acho que foi proteção divina mesmo. Às vezes, assim, a gente se vê diante de situações que tem que ter um cuidado a mais, né? Às vezes, eu eu percebi que eu não era tão rígida comigo sobre esses cuidados, sabe? Assim, era meio que acho que é porque não era, não era, com a minha mãe, né? como eu estava longe dela eu não me preocupava tanto comigo. Tá entendendo?

Pesquisadora: Aham, algum momento da sua vida você chegou a adoecer por alguma outra questão?

lasmin: Assim, de uma forma grave não. Sempre fui saudável, graças a Deus, caso assim não.

Pesquisadora: Como é que você vê a questão da morte?

lasmin: Eu confesso a você, hoje eu sou mais fria, mais fria. Assim, antes uma morte assim eu me abalava muito, eu refletia muito. E hoje eu acho que a gente viu tantas mortes no COVID, não que a gente naturalizou, mas o impacto não é mesmo, sabe? Pronto, aqui teve dia de morrer três pessoas, sabe? Aí tinha dia que você vinha bem cansada do plantão, aí já via a morte e fica bem... e tinha dias, assim, meio que você não se abalava tanto, sabe? Meio que foram tantas mortes que a gente foi tentando, eu acho, que isso é uma proteção para a gente cria na gente mesmo né? Uma defesa porque toda a morte que a gente vê, que se a gente fosse abalar, eu acho que eu nem tava aqui mais trabalhando aqui, sabe? Porque foram muitas mortes e de pessoas novas que tinham família, mães, pais, filhos, entendeu? Que, assim, faz a gente refletir, mas acontece que a gente cria essa defesa não porque a gente se torna frio, mas uma autodefesa para nosso próprio bem, entendeu?

Pesquisadora: Tem alguma questão que você gostaria de acrescentar?

lasmin: Eu lembrei de uma filha que perdeu uma mãe aqui. Não fui eu que dei a morte da notícia, mas isso me abalou muito porque ela estava perdendo a mãe de 54 anos e eu pensei na minha mãe, de perder ela assim, ficou marcado.

VI. ENTREVISTA 6 (Hermínia)**Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação.**

Hermínia: Sou [oculto], tenho 26 anos, me formei em medicina pela UFAL em 2019 e logo em seguida começou a pandemia. Eu estou trabalhando como plantonista aqui, em posto de saúde também e estou fazendo pós. Eu sou de São Paulo e me mudei para Maceió para fazer faculdade e acabei ficando por aqui.

Pesquisadora: Sua pós é em que?

Hermínia: Psiquiatria

Pesquisadora: Como você caracteriza sua relação com a medicina?

Hermínia: Então, a medicina é uma profissão para mim. Ela já foi uma paixão, né, mas hoje ela é uma profissão que eu considero vocacionada, sabe? Então, eu tenho vocação para medicina, mas eu acho que eu estou numa fase que já caíram por terra várias idealizações, né? Mas eu acho que é uma profissão que permite um estilo de vida que eu quero ter, né? Tipo, que é cuidar das pessoas e ao mesmo tempo ter a possibilidade de ter uma vida que eu cuido de mim mesmo, né, que eu tenho a liberdade de tempo e dinheiro, mas fazendo uma coisa relevante, né, pro mundo. Porque emprego que dá tempo e dinheiro tem um monte, mas que de alguma forma gera um impacto positivo acho que não são todos e a medicina é um deles.

Pesquisadora: O que é ser médica?

Hermínia: Ser médica é trabalhar cuidando de pessoas. Não é só cuidar porque é seu trabalho. Então, tem toda uma relação. Você, inclusive, depende da contribuição das pessoas para isso, né? Eu ao longo dos meses fui percebendo que existe uma grande

diferença de você ser só médico e de você ser uma pessoa com conhecimento e ter CRM que pode ajudar as pessoas, desde tirar uma dúvida que elas têm até passar uma medicação que elas precisam, porque elas tomam remédio controlado no caso de psiquiatria. Mas, você tem que saber que é uma arte de você saber sobreviver através disso, né, porque o tanto de consulta grátis que eu fiz – não que eu acho ruim, é bom, mas de uma certa forma a gente acaba se perdendo no meio do caminho, sabe? Porque você acaba ficando sem repasse e a gente fica: “e agora? O que eu vou fazer?” Não consigo ser uma instituição assim, né? Eu tenho estratégias para tipo ajudar as pessoas, mas você tem que montar bem essa estratégia, se não você não consegue ajudar o mundo todo. Você sai frustrado, na verdade. É isso. Não sei se eu respondi, mas é uma pesquisa subjetiva, então...

Pesquisadora: Como foi lidar com atuação na linha de frente da pandemia?

Hermínia: Então, no começo evitei, na verdade, né? Eu comecei com: “ah, não vou dar plantão”. Aí, eu comecei indo para um plantão diurno, de baixo risco e aí eu fui descobrindo que: “poxa, eu estou sendo útil”. Assim, não é tudo isso que dizem, isso no baixo risco. Quando eu vim para o [Nome do hospital], que era centro de triagem, quando eu vim para o [Nome do hospital] que eu comecei a ver enfermagem, comecei a ver os pacientes de Manaus, especificamente, e comecei a lidar com as histórias das pessoas eu me senti num cenário de guerra, sabe? Num cenário de guerra no sentido de ver todas as tristezas e as transformações que isso causa no ser humano. De você valorizar as relações do que é realmente importante e tal. Parece que passa um grande filtro, assim, do que é importante e do que não é. Na sua vida e na vida das pessoas. Que você não vê só acontecendo na minha vida. Quando eu tava aqui no [Nome do hospital] eu via acontecendo na vida de todo mundo. Em cada plantão tinha 15 histórias, né? E eu saía aprendendo com todas elas. Assim, foi cansativo, está sendo cansativo ainda, mas é histórico, né? Eu acho que é uma... Quem passou pela experiência, é diferente, assim, sabe?

Pesquisadora: Você disse que não chegou a adoecer, né?

Hermínia: Não, não cheguei. Incrível, assim, porque eu estou aqui o ano todo, desde o começo atuando praticamente e eu não tive COVID. Meus pais pegaram COVID e eles nem moram aqui, eles moram em São Paulo, eu fiquei sem ver eles e eles pegaram

COVID independente de mim. Meu companheiro que mora comigo, ele não saía de casa porque ele trabalha em Home Office e isso foi uma grande questão para a gente decidir ou a gente vai ficar junto a partir de agora ou a gente vai se separar e passar a pandemia inteira sozinho porque eu estava dando plantão e aí ele também não pegou, nenhum dos dois. Então, assim, qual foi a pergunta mesmo que eu me perdi agora?

Pesquisadora: se você tinha adoecido.

Hermínia: Ah, sim! Não, eu não adoeci. Eu fiquei muito feliz porque a gente vê que fazer as coisas realmente funciona, né? Usar máscara e tal.

Pesquisadora: Você chegou a ter medo de adoecer?

Hermínia: Cheguei, eu tive uma gripe aparentemente ou uma reação alérgica, ninguém sabe direito, no meio do caminho, assim, que eu nunca tive asma, nem nada disso, mas minha família tem e aí eu comecei a ficar com corpo mole e ter febre, fiquei prostrada um dia todinho e comecei a cansar. Ficar com falta de ar. E eu estava com o oxímetro em casa, quando eu coloquei o oxímetro eu estava saturando 90. Aí, eu saí correndo. Eu moro em Marechal, até mudei de casa no meio da pandemia para sair do apartamento e ir para uma casa. Aí, a gente saiu correndo para o hospital e fiz todos os testes possíveis e tudo negativo. Não era COVID. Depois eu melhorei, passei um tempo afastada, alguns dias, porque estava cansada ainda, uma coisa meio estranha. Mas, não era COVID. Então, nesse dia que eu vi a minha saturação cair e eu vi que não tinha o que eu fazer, assim, eu, poxa! aí eu tive medo de morrer. “Gente, e agora?”. Assim, do nada, eu não tava preparada, achei que não sei.

Pesquisadora: Você chegou a cogitar a sua própria morte?

Hermínia: Cheguei, cheguei a cogitar. Parece um filme, assim. Eu não consegui recorrer a realidade. Para mim, eu me sentia num filme. “Gente! É isso mesmo?” Eu me sentia num filme de ação, meio apocalíptico, sabe?

Pesquisadora: Você já adoeceu de modo grave?

Hermínia: Não, nunca. Eu nem adoeci a ponto de precisar de internação, nem de cogitar isso e nem vivi isso com nenhum familiar meu. Então, assim a única

experiência de adoecimento grave e até morte que eu tive era com animais de estimação e que já tinham mexido muito comigo. Porque eu imaginava que jamais teria. Mas, com familiares mesmo eu nunca tive essa experiência. Então, é...

Pesquisadora: Como você vê a questão da morte?

Hermínia: Como é que eu vejo a questão da morte? Como assim? Bem aberta a pergunta. Eu vejo com um processo natural da vida, sabe? Eu não vejo como um ponto final, né, eu acho que eu tenho um pouquinho da inspiração mais oriental, assim. Eu acho que é natural da vida, sabe? Eu acho que justamente porque existe a morte, assim, que todo mundo sabe que a morte existe que a gente tem que estar no presente, né? É isso e aos pouquinhos quando a gente vai trazendo para o presente a nossa vida quando a morte chega ela faz parte disso, né? Lógico que para quem fica é um sofrimento, mas eu acho que a morte é natural. É natural, mas especificamente nessa situação que a gente estava também eu conseguia ver a morte com uma injustiça porque eu sabia que muitas daquelas mortes, na verdade, estava nas costas de uma organização maior, entendeu? Assim, de responsabilidade política e tudo mais. Do mesmo jeito que uma guerra está. Você vê mortes inocentes e aí fica aquela disputa, né? Beleza, para pessoa quando você vai conversar com a pessoa, quando você vai sentir, é natural a morte, é natural, mas nas circunstâncias do COVID, das pessoas que vieram de Manaus, do avião todinho que chegou aqui, eu via como uma injustiça e aí isso era bem difícil assim, né, de falar: Poxa! E ainda tinha um terceiro fator, a questão de ela ser natural, dela ser injustiça e a terceira, ao meu ver, dela aparecer como uma consequência das escolhas que as pessoas fazem todo dia. Eu falo isso baseado na alimentação, estilo de vida. Quando as pessoas têm esse poder de escolha de ter um estilo de vida saudável, de não fumar e não beber que diminuiu muito risco, mas nem sempre as pessoas têm essa escolha. Então, assim, ficava nesses três, era bem complexo.

Pesquisadora: Tem algo que você gostaria de acrescentar?

Hermínia: Eu só acho que eu tive a sorte de ter, assim, alguma orientação, estudos sobre cuidados paliativos, Ana Paula Arantes, sobre a própria religiosidade, outras referências de morte que não seja referência, necessariamente, cristã, por exemplo, que ajudam você a lidar. Mas eu acho que isso é importante, acho que... não tô

dizendo que todo mundo deveria ter uma base oriental, filosófica, mas que tinha que pelo menos ter uma base filosófica da morte, né, e psicológica. De saber abordar isso com a família e tal. Isso eu acho que fez muita falta para as pessoas que estão trabalhando com isso. Na realidade a gente tinha que ter isso na escola básica mesmo, mas no mínimo entre os profissionais de saúde.

VII. ENTREVISTA 7 (Ana Lúcia)

Pesquisadora: Para iniciar, gostaria que você se apresentasse dizendo quem é você, sua idade, formação.

Ana Lúcia: Meu nome é [oculto], tenho 32 anos, sou médica e sou do Maranhão. Eu sou formada pela Federal do Maranhão, tenho 3 anos de formada, estou na residência de clínica médica e acho que é isso.

Pesquisadora: Aqui no hospital sua residência?

Ana Lúcia: Não, faço residência no [nome de outro hospital da cidade].

Pesquisadora: Como você caracteriza sua relação com a profissão?

Ana Lúcia: Já tive vários nuances na vida, mas acredito que esse é o meu melhor momento, que eu estou me sentindo assim realmente... depois de tudo que aconteceu, lógico, né, eu estou me sentindo mais preparada. Você acaba estudando mais, tendo mais mão e tudo mais. No começo a gente sente... eu senti um pouco de despreparo tanto meu como dos outros colegas também. Isso dá um baque no que realmente você acredita que você sabia sobre você como profissional. Então, hoje eu já melhorei essa questão minha com a profissão, mas lá atrás se eu pudesse não dar plantão, não ser médica, eu não seria, entendeu? Porque foi muito pesado, mas agora eu acho que eu tô mais tranquila porque eu sei que eu posso oferecer agora o melhor para o paciente, mas por causa da experiência, mas lá no início bateu um certo desespero em não poder ajudar, mas eu sei que não era só em mim, era em todos os colegas, né? Lógico que tinha uns que estavam preparados que tinha mais mão e que tinha mais experiência com um paciente grave, mas quem não tinha teve que aprender do dia para noite e com o paciente ali, né, na tua frente. Foi difícil!

Pesquisadora: O que é ser médica?

Ana Lúcia: Ser médico foi uma escolha. Eu acho que a medicina me escolheu e eu sou realizada hoje com a profissão. Sou feliz, assim, em ser médica. Ser médica é o que eu faço da vida, é o que eu sou, né? Eu sou bem realizada em relação a isso.

Pesquisadora: Como foi lidar com a atuação na linha de frente da pandemia?

Ana Lúcia: Acho que eu já deixei meio que explicado isso na resposta, na pergunta anterior. Foi difícil, foi um baque. Várias vezes o cansaço, a tristeza de não poder fazer mais. Tudo isso deixou realmente uma tristeza, na qual outras pessoas tiveram... que eu tive ajuda de profissionais para isso. Psicólogo, enfim... quando voltou a abrir, né, tudo. Porque você se sente culpado por muita coisa.

Pesquisadora: Por quê?

Ana Lúcia: De achar que você poderia fazer mais, de achar que você não sabia tudo que deveria saber. Realmente não tem como saber tudo, né, mas você queria poder fazer mais, mas não tinha como fazer mais. Não é só questão de conhecimento que nós não tínhamos sobre a doença. Era questão de material, questão de mais leito, questão de saber o que fazer, de como fazer, de como atuar direitinho, até que a gente tinha noção, mas, às vezes, faltava condições para você oferecer o melhor para o paciente. Você se sente culpado, não é, porque você que está ali, você queria fazer mais.

Pesquisadora: Você disse que testou positivo uma vez, você chegou a ter sintomas e como é que foi? Você chegou a procurar algum local de saúde?

Ana Lúcia: Tive febre, tive muita febre. Foi na residência, eu comecei a apresentar febre no dia que eu tava de permanência na residência. Avisei minhas preceptoras, elas me afastaram fiz, o teste e deu positivo. Fiquei mandando mensagem, falando por vídeo chamada de casa porque era na época que não sabia se de muita coisa, né? Eu fiquei sendo acompanhada mesmo pelos amigos e tudo. E eu em casa, mas fiquei afastada sim, 15 dias, aí melhorei dos sintomas, aí fiz um teste depois, aí veio negativo.

Pesquisadora: Como é que você se sentiu quando adoeceu?

Ana Lúcia: Olha, eu fiquei um pouco nervosa por ficar dentro de casa também, sabendo que eu poderia estar ajudando. Vendo os colegas precisando descansar, passar plantão e não tinha é quem, quem render e tudo e eu em casa. Mas, eu sabia que se eu fosse eu poderia adoecer as pessoas, né, a equipe e tudo. Mas na questão da COVID em si, como eu quase não tive sintomas, eu tive febre um dia e depois não tive mais nada. Então, assim, fiquei em casa os 14 dias, mas tranquila, sem nenhum sintoma. Então, para mim foi bem tranquilo em relação a doença em mim, né? Mas a vontade de poder ajudar os demais, tentar ajudar os colegas médicos era maior. Eu fiquei em casa estudando e quando eu voltei eu tinha... eu estava um pouco mais atualizada. De certa forma serviu também sim ficar em casa.

Pesquisadora: Você já tinha adoecido em algum outro momento da sua vida?

Ana Lúcia: Já!

Pesquisadora: Você pode contar um pouquinho de como foi?

Ana Lúcia: Foi questão de ... eu tinha muita amigdalite de repetição e aí tive que ser internada em uma das ocasiões porque não passava nada, aí tive que passar sonda, tive que me alimentar por sonda e fiz a cirurgia quando saiu do processo inflamatório, mas só isso.

Pesquisadora: Nessa época você não era médica?

Ana Lúcia: Não, ainda criança, né, 14 anos.

Pesquisadora: Como foi essa experiência de internação?

Ana Lúcia: Eu não lembro muito não, mas minha mãe que conta, assim. Lembro pouca coisa, estava adolescência, mas não lembro de que que isso tenha sido ruim para mim ou que tenha tido algum... de deixar alguma marca não.

Pesquisadora: Como você vê hoje a questão da morte?

Ana Lúcia: São perguntas difíceis! A morte... Acho que a partir do momento que eu passar a não sentir nada com a morte de alguém eu tenho que deixar a medicina. É doloroso eu ter que dar a notícia para um familiar ou perder um paciente. É sempre difícil. A partir do momento em que isso não me tocar eu tenho que rever os meus

conceitos. Eu não sei te dimensionar até que ponto, até que..., assim, em palavras o que significa realmente. É uma questão dolorosa tanto para quem está cuidando do paciente como para quem vai receber a notícia. Então, assim, existe várias histórias que cruzam com a com a tua história, né? E você perder esse paciente, você ter que dizer para a família. Por várias vezes a gente chegou... quantas vezes a gente não chegou a chorar por pacientes jovens, eu nem falo só jovens, vários idosos que pareciam com a minha mãe. Sempre existe algo que vai cruzar com a tua história também e é muito difícil. A morte sempre, para mim, por mais que nós sejamos médicas, por mais que estejamos “preparados” vamos dizer assim, mas é muito, muito doloroso. Pelo menos para mim porque eu sempre fui ensinada, não que eu seja Deus, vai chegar um momento eu realmente não vou poder fazer nada pelo paciente, mas aquele paciente que é um paciente jovem que faleceu por conta do COVID, de complicações que a medicina ainda, nem sequer medicina sabe explicar, e tudo. Por que que esses pacientes? Ah, por causa de uma obesidade, por causa de uma diabetes, por que que evoluir então assim? Essas mortes doeram muito, doeram. Em quem não doeu, pode ir para casa. É melhor você está em casa. A morte para mim é... não só de paciente jovem, mas de qualquer paciente. Eu me sinto comovida sim e dói e eu fico dias com isso na cabeça. Enfim, eu não sei se isso é um problema, mas eu sinto.

Pesquisadora: Você já chegou a pensar sobre a sua própria morte? Um adoecimento que te levasse a isso?

Ana Lúcia: Não, de outros. Eu me preocupo, só tenho ela. Eu já estive na morte do meu pai, fui eu que reanimei o meu pai e isso me levou a um quadro de tristeza, não chegou a ser... Era uma tristeza, uma apatia com a vida. Acho que praticamente uma depressão, uma revolta com Deus por ter me tirado o meu pai naquele momento. E hoje eu tenho muito medo de perder a minha mãe. Eu não sabia o que era perder alguém, hoje eu sei o que é perder alguém, eu tenho medo de perder a minha mãe, mas a mim mesma eu nunca imaginei não. Talvez outros já tenham se imaginado sem mim, mas eu não imaginei como seria o mundo sem mim. Mas, enfim... Acho que eu não estou fazendo tanta diferença assim, é isso.

VIII. ENTREVISTA 8 (Carla)

Pesquisadora: Primeiro eu queria que você começasse apresentando mesmo, seu nome, sua idade, sua formação.

Carla: Sou [oculto], sou médica, né, sou dermatologista, tenho 31 anos, mas eu voltei para cá porque eu fiz minha residência em Recife e o meu primeiro ano de residência foi tudo clínica médica. Então, não tenho muita afinidade com essa parte de UTI, emergência, eu não gosto muito de UTI, gosto mais de clínica mesmo. E aí quando eu voltei para cá, voltei no mês de abril, estava a pandemia e não tinha muita perspectiva para a minha área e eu comecei a trabalhar muito com COVID. Aí eu me inscrevi para cá e também para o metropolitano, comecei a trabalhar com COVID mesmo. E trabalho ainda hoje lá.

Pesquisadora: Como foi sua história de formação? Você disse que fez residência... onde você se formou?

Carla: Eu fui daqui da UFAL, me formei em 2016. Aí passei um ano trabalhando na atenção básica e em 2017 eu fui e passei na residência. Fui morar em Recife e passei três anos lá e voltei para cá em 2021. Eu fiz residência no hospital Otavio de Freitas, é um hospital que é de emergência, mas que também é referência em dermatologia lá.

Pesquisadora: Como você caracterizaria a sua relação com a medicina?

Carla: Uma relação assim... eu não, nunca tive ninguém próximo médico, não sabia como era. Eu tinha muito sonho desde criança, sempre quis ser médica. Eu não me arrependo de ter feito, mas eu não imaginava que ia ser tão difícil ser médica. Assim, em relação a faculdade, em ser muito cobrado, muito pressionado. Eu me sentia muito pressionada na faculdade, foram 6 anos difíceis para mim. Me cobrava muito. Como eu vim do interior, sou de Arapiraca, eu me cobrava muito. Achava que tinha que estudar mais, porque às vezes eu me sentia menos que as outras pessoas da turma, entendeu? E eu sempre fui de me cobrar muito, de achar que fosse suficiente, mas nunca fui para reavaliação, nunca precisei de nada disso, mas me cobrava muito. E aí acabou que depois eu fui para residência. Foi uma época muito difícil, eu tinha que trabalhar fora para sustentar, dar plantões noturnos. Então, assim, a vida foi bem

sacrificada que eu às vezes de fora não sabia que era tão difícil, mas não me arrependo. Só que eu era uma vida bem complicada em termos de horário. Tinha semana mesmo que eu fiquei na minha casa para dormir por 2 dias e coincidir com os horários do meu esposo. É bem difícil.

Pesquisadora: O que é ser médico para você?

Carla: Ser médica é poder fazer algo de bom por alguém. Eu gosto muito da minha profissão porque eu consigo ajudar muitas pessoas com ela, através dela. Mas, muitas vezes, eu acabo adoecendo também por tentar fazer isso, entendeu? Do ponto de vista mais psicológico, assim, de me cobrar. Você está sempre querendo... que muitas vezes a gente quer salvar, mas a gente não é Deus para salvar, em todas as situações, muitas vezes, fico naquilo que quando eu não consigo vou ficar me cobrando por conta disso.

Pesquisadora: Você já chegou a vivenciar algo de adoecimento mesmo?

Carla: De adoecimento durante a residência eu precisei de acompanhamento psicológico, mas por conta da pressão que era em termos de apresentação de seminários, era muito cobrada em relação a isso. Porque eu tinha muita vergonha de falar em público também e isso me culpava de alguma forma. Mas depois de um tempo de terapia comigo eu melhorei bastante em relação a isso.

Pesquisadora: Como foi atuar na linha de frente da pandemia?

Carla: No começo eu fiquei com medo, fiquei 4 meses sem ver minha família. Fiquei muito tempo afastado porque ninguém sabia como era. O medo de morrer, né, ficava muito apavorada com você vai ajudar alguém e você pode estar se contaminando e morrendo. Então, eu tinha muito cuidado, tanto é que eu não peguei COVID. Até no quarto eu ficava sempre de máscara, n95, me cuidava, tomava todas as precauções, mas eu ficava com muito medo. Não só de morrer como de contaminar alguém que eu gostasse. Passei 4 meses sem ver meus pais, quando eu vi não abracei, eu fiquei distante, fiquei de máscara. Então, foi bem difícil na época do início. Mas depois a gente foi, né, meio que se habituando pela vacina, né, e a gente foi ver que... assim, aceitando mais.

Pesquisadora: Você disse que não chegou a adoecer, né?

Carla: Nenhum momento.

Pesquisadora: Fez testes?

Carla: Fiz, dois testes rápidos, fiz swab nasal. Fiz tudo, mas não me contaminei, não peguei. Cheguei a ter alguns sintomas, mas sempre que ia fazer o teste dava negativo. Então, não tive.

Pesquisadora: Em relação à questão da morte, como você vê a questão da morte?

Carla: Eu me sinto, assim, eu tenho medo da morte porque, assim, eu tenho muita coisa para viver ainda, muita coisa para realizar. Acho que a minha vida inteira eu me dediquei muito para ser o que sou hoje, sabe? Na minha infância eu sempre fui muito estudiosa, depois vem o cursinho. Então, sempre vivi muito... até meus pais diziam: “menina, vai aproveitar um pouquinho a vida”. Sempre vivi para estudar, sempre, sempre, sempre. Chegou até... eu fiz recentemente a prova de título da minha residência e consegui passar e foi assim como um peso, sabe? Como se eu dissesse, assim: “agora eu tenho que viver”. Eu sei que eu já vivi, já fiz muita coisa. Agora preciso aproveitar um pouquinho mais da vida. Então, eu tenho medo da morte. Quero viver mais, muito mais, que eu ainda não vivi.

Pesquisadora: Quando você pensava nessas questões sobre a morte, sobre a possibilidade disso acontecer?

Carla: Eu tinha mais medo não era nem de mim, era da minha família. Assim, eu tenho medo da morte, eu acho que um medo que como eu falei que eu não vivi o que eu queria ter vivido até agora. Mas, tinha mais medo da minha família, do meu pai, da minha mãe, dos meus irmãos. Tinha mais medo por eles. Medo da morte seria mais medo deles, da morte deles, do que o meu, do que da minha.

Pesquisadora: Você já havia adoecido em algum momento da sua vida de modo grave?

Carla: Não, nunca! Eu já estive internada, assim, quando eu era bebê, assim que eu nasci, mas depois disso não, sempre fui saudável.

Pesquisadora: Tem algo que você gostaria de acrescentar?

Carla: Não, eu acho que, assim, que realmente tem muita gente na medicina que está doente, sabe? Porque eu acho, assim, que as pessoas têm uma ideia que: “Ah, como é uma área que...” que realmente tem um retorno financeiro e que muita gente fez pensando nisso. Eu nunca fiz pensando nisso, eu sempre pensei em fazer porque eu gostava, porque realmente eu amava, cuidar de gente mesmo. Mas, é uma área que a gente se estressa muito em termos de trabalho, entendeu? Você não tem muitos direitos trabalhistas. Então, você acaba se submetendo a alguns empregos subindo são insalubres. Aqui mesmo, entendeu? Tem muita insalubridade. Você chega no repouso, você vê que não é um repouso adequado. E ainda é bom, comparado a outros lugares que você tem que trabalhar e se submeter. E acaba que você sobrecarrega, você fica 24 horas é um plantão e você ganha tanto. Mas 24h depois 24h... e o seu sono? E a sua vida pessoal e tudo? Você vai passando e não tendo o mínimo de feriado. Então, acho que você se sobrecarrega, de exaustão, eu vou sair daqui mês que vem, mas eu estou vendo...

IX. ENTREVISTA 9 (Marden)

Pesquisadora: Querida primeiro que você começasse se apresentando, nome, idade, formação.

Marden: Meu nome é [oculto], tenho 39 anos, sou médico formado em 2018 na Universidade Federal do Acre e já sou fisioterapeuta e durante o curso de medicina fiz mestrado e passei na residência médica aqui em Anestesiologia aqui na UFAL, no Hu. Vou completar 3 anos de formado.

Pesquisadora: Como você caracteriza sua relação com a profissão?

Marden: É uma relação boa, né? Assim, acho, por enquanto, estou achando que estou... que a minha decisão na residência médica foi bem escolhida. No começo antes de fazer eu estava em dúvida entre fazer ela e clínica. Tanto é que eu tinha passada uma vez antes de ir para o exército, aí o exército segurou a vaga. Foi quando no final resolvi fazer e aí passei aqui. No final... Foi, em 2019 eu fui para o exército, aí

eu fiz o vestibular, vestibular não, a residência no final de 2019 e passei em 2020. Por enquanto tá dando certo a escolha.

Pesquisadora: O que é ser médico para você?

Marden: Rapaz, é uma pergunta difícil! Mas acho que é no intuito de, sei lá, usar uma coisa que eu sou bom também em outras pessoas porque mesmo antes de ser médico, já na fisioterapia, eu já tinha entendimento, né, que poderia fazer algo mais. Daí foi quando decidi largar fisioterapia e fazer medicina. Justamente para dar esse algo mais, sabendo que dá para auxiliar mais as pessoas.

Pesquisadora: Como foi para você atuar na linha de frente da pandemia?

Marden: No começo a gente tem medo, bastante receio, tanto é que... como eu era... como eu estava fazendo residência em anestesio quando dava plantão nesses casos, então, eu intubei muita gente. Então, no começo foi meio angustiante, tanto é que eu peguei COVID, mas quando eu peguei COVID... eu passei um ano trabalhando na UTI COVID, trabalhando no Metropolitano, no hospital da mulher, comecei lá em abril, é em abril de 2021, esse ano e fiquei né? Eu fui pegar COVID já... não, foi em abril de 2020 que começou a pandemia. Em abril de 2020 eu comecei a trabalhar no Metropolitano, no da mulher e tô até agora, né, na linha de frente. Eu fui pegar COVID em janeiro, no meu casamento que eu peguei COVID. Aí, assim, no começo dá medo, mas depois eu não sei, não sei se acostuma e maioria das pessoas vão meio que ficando mais... sei lá, vai deixando de ter mais atenção, né, mas, assim, foi bem difícil. E principalmente as mortes, né? Se você dá notícia para família da morte... Para mim sempre é o mais difícil, né, porque eu dei notícias de família para mim desde o paciente já bem mais idoso como dei notícia de paciente bem novinho. O mais novo que eu dei foi 27 anos, mas foram os dois mais novos que eu dei até hoje eu se ver a esposa eu lembro. E também lembro dos momentos, né, por que você... é muito marcante. Para mim a pior parte é essa, você falar, faz de tudo para a pessoa não morrer, mas tem infelizmente doença que afeta muitos órgãos e acaba fazendo com que os órgãos entrem em falência e não funcione e você fica de mão presa. Não pode fazer, mas para mim o mais difícil foi isso. Foi lidar com a morte, não no sentido da morte, né, que para mim eu vejo bem natural, mas você passar a notícia, né? Tipo, o cara tem três filhos, tem tudo isso, aí você se bota no lugar da pessoa e fica bem mal.

Tanto é que eu fico bem mal. Eu não gosto de dar notícia de morte porque eu fico mal com a pessoa. Aí eu já não gosto tanto.

Pesquisadora: Você já falou um pouquinho, né, sobre essa questão da morte, mas como é que você vê hoje essa questão?

Marden: Do COVID?

Pesquisadora: Não, da morte.

Marden: Eu sou bem... Assim, eu sou espírita. Então, assim, eu lido com a morte muito bem. O engraçado é isso. Para mim ela não afeta tanto assim, entendeu? Tanto é que as pessoas pensam que a gente é até um pouco frio. Não é isso. Eu me ponho no lugar daquela pessoa, da família, de tudo. Mas eu lido muito bem porque para mim é a passagem e a gente, teoricamente, na minha crença irá retornar, né? Então, eu lido muito bem. Agora, assim, eu acho que é uma das coisas que a gente tem um déficit na nossa formação, acho que não só os médicos, mas todos da área da saúde, é justamente essa parte da morte. De lidar com a morte e tudo isso. A gente não tem... preparado para isso. De como lidar. Tanto é que eu acho que as pessoas que trabalham com essa parte da palição, medicina paliativa, é bem interessante porque eles vivem mais com isso e conseguem lidar melhor.

Pesquisadora: Você em algum momento chegou a pensar sobre a sua própria morte?

Marden: Não, não pensei. Tanto que eu dava plantão e nunca peguei e nunca pensei. No dia que eu peguei COVID, aí você fica um pouco mais assustado porque você sabe toda a doença e fica pensando que pode acontecer com você. Você fica um pouco mais ansioso, torcendo para passar os dias que você sabe qual o dia que pode piorar. Vai passando, vai passando e você fica mais tranquilo. Mas, assim, relacionado a mim, não.

Pesquisadora: Como foi quando você adoeceu? Quando você pegou realmente, o que você sentiu?

Marden: Aí eu fiquei meio angustiada. Não dormia direito, principalmente quando tava chegando próximo dos sete dias, oito dias, ficava com medo de precisar ir para o

hospital mesmo. Graças a Deus nunca precisei, mas aí você fica... não pensei, assim, diretamente, morrer. Ficava só torcendo para passar os dias e nada me afetar daquela doença. Mas eu não pensei diretamente, mas, assim, se eu ficasse... bem, bem assustado. Não sei, você passa um pouquinho do que as outras pessoas passaram, né? Assim, ver várias pessoas naquele sufoco para aquele momento, mas, assim, como o meu não foi tão forte, não fiquei com falta de ar, não fiquei.

Pesquisadora: Não chegou a ser internada, né?

Marden: Não, não. Não fiquei a ficar internado, ainda bem.

Pesquisadora: Você ficou isolado em casa?

Marden: Eu me casei, a minha esposa pegou. Todo mundo que foi para casamento pegou. Só que todo mundo ficou leve, graças a Deus. Tanto é que eu me casei em Rio Branco no Acre, aí saí daqui da residência e quando eu ia voltar... O casamento foi dia 4, quando eu ia voltar, acho que foi no domingo, e eu ia voltar na sexta. Quando eu ia voltar eu já adoeci na quarta e tanto é que eu já fiquei lá. Quinze dias lá. Depois eu voltei e já tava bem. Mas, assim, eu fiquei um mês meio mal, meio aéreo. Voltei para a residência estava meio aéreo, assim, meio lesado. Estava meio diferente e depois foi ficando normal. Por isso que eu vejo as pessoas... acho que têm muitas pessoas mais graves, mas que devem ter alguma parte, alguma sequela, certeza, psicológica. Eu passei pouco tempo e já saí meio aéreo, fiquei meio... uma lentidão. Depois, assim, que eu fui me adequando de novo.

Pesquisadora: Tem algo que você queira acrescentar que eu não abordei aqui? Alguma experiência que você queira contar.

Marden: Para mim, as principais experiências que eu vi foram isso, de lidar com pessoas de todas as idades e lida com a morte de muita gente morrendo. Muita gente morrendo pela inexperiência, porque como precisava de muitos médicos e assim a maioria dos médicos mais velhos ficaram com medo de trabalhar na linha de frente, né? Então, eles se ausentaram ou saíram e não tinha capacidade de um médico. Então, começaram a ter muito recém-formado para tentar auxiliar. Infelizmente, na hora de precisar você vê, né? Às vezes não consegue intubar, não consegue auxiliar.

Então, muita gente você vê que... vi muita morte assim... e a pior parte foi isso. A pessoa morrer por não conseguir intubar ou então morrer na intubação ou depois de um dia morrer porque estava tão grave. Acho que o que foi mais forte foi isso, mas acho que eu nunca assinei tanto atestado de óbito na minha... Desde que eu me formei, eu acho que eu só tinha assinado dois atestados de óbito que foi uma quando eu estava no exército porque pediram para mim assinar porque não tinha médico na cidade e o outro foi na UPA mesmo. Nunca tinha assinado tanto atestado de óbito como agora na COVID, né? Essa parte foi pior para mim, assim.

Pesquisadora: Na sua história você já tinha adoecido em algum momento de forma grave?

Marden: Não, graças a Deus. Das doenças que eu já tive foi a mais assim... mesmo sendo leve foi a mais forte foi a COVID. Mesmo sendo leve ainda foi uma pancada. Fiquei sem sentir cheiro, sem sentir gosto. Dor no corpo, dor de garganta. Tive tudo, só não tive febre. E não fiquei cansado. E tosse, eu tive tosse, mas eu tomei Histamim e passou. Foi assim. Delas foi a pior que eu fiquei quinze dias, aí depois dos quinze dias para recuperar mesmo, 100%, tanto físico como mentalmente foi um mês, assim, mais quinze dias. Depois de um mês que eu... nunca tinha passado por esse, por alguma dessas, assim.

Pesquisadora: Você chegou a perder alguém próximo a você?

Marden: O mais próximo que a gente perdeu na família foi o marido da minha prima. Eu já tava aqui. Ele tinha pego COVID já uma vez e pegou uma segunda vez. E pegou, assim, não foi de trabalho. Assim, não sabe como é que pega, né? Em supermercado, essas coisas, ninguém sabe onde é que pega. Aí o mais próximo foi ele, mas eu não estava tão perto, mas a gente ficava sempre se comunicando. Eu falava muito com ela, né, para pedir opinião dessas coisas. O mais próximo foi esse, sim. De família, pai, mãe, tio, graças a Deus... meus tios tiveram, mas também todo mundo foi leve. O mais próximo foi o marido da minha prima que infelizmente morreu.

X. ENTREVISTA 10 (Antônia)

Pesquisadora: Querida que você começasse se apresentando, seu nome, sua idade, formação.

Antônia: Meu nome é [oculto], sou médica, me formei na UERJ, no Rio de Janeiro, eu sou de lá e vim para Maceió no início da pandemia. Eu sou médica generalista, não tenho especialização ainda e tenho 32 anos.

Pesquisadora: Como é que você caracteriza a sua relação com a profissão?

Antônia: Hoje é eu acho que a minha relação com a profissão é uma relação que eu acho que quando você vira médico e algumas outras profissões da área da saúde, você em algum momento, você não consegue definir o limiar entre quem você é fora e dentro da profissão e hoje eu tento definir esse limiar que eu acho que é importante. A medicina é muito importante para mim, muito, uma parte muito importante, é uma parte em que eu me sinto útil para a sociedade, é uma parte em que eu me dedico, eu consigo exercer uma coisa que eu gosto muito que é o cuidado ou cuidar do outro, mas ela também traz alguns sentimentos contraditórios porque é uma profissão extremamente exaustiva, uma profissão que exige muito emocionalmente e a longo prazo isso desgasta, mas sem dúvida o saldo é muito positivo e a medicina hoje para mim acho que posso definir como uma das coisas mais importantes da minha vida.

Pesquisadora: O que é ser médica?

Antônia: Para mim ser médica é acima de tudo ser uma boa pessoa. Eu acho que ninguém é melhor médico do que é como pessoa e a partir do momento em que você é uma boa pessoa a probabilidade de você ser um bom médico aumenta muito e ser médico é você ser capaz de enxergar o outro, é você ser capaz de compreender e aplicar a ciência, a medicina baseada em evidência, é você compreender que você está cuidando de uma pessoa que precisa de atenção e acima de tudo é você acreditar na promoção de saúde porque não adianta você só querer cuidar de doença sem cuidar do doente. E também não adianta você só focar na doença sem você entender que o principal é você fornecer qualidade de vida e promover saúde para a população. Eu acho que o médico é isso, que o médico é um profissional que precisa enxergar a pessoa para além da doença.

Pesquisadora: Como foi para você atuar na linha de frente da pandemia?

Antônia: Foi uma experiência extremamente intensa e exaustiva, mas de muito aprendizado tanto profissional, obviamente, convivi com médicos excepcionais que me ensinaram muito especialmente aqui no [Nome do hospital], mas também uma experiência muito dolorosa, muito intensa emocionalmente, uma experiência que te leva para lugares muito difíceis da medicina que é o lugar de lidar com a morte, de lidar com a sensação de frustração por não conseguir salvar um doente, essa sensação de você... de que você não tem mais o que fazer. Então, foi um momento muito difícil, muito intenso, muito intenso mesmo e que reverbera até hoje. Eu acho que no momento em que você está muito inserido numa situação de caos você não tem muita noção do quanto aquilo está te atingindo, mas depois que a tempestade passa você consegue, começa a perceber de várias formas no seu corpo, é essa exaustão física e emocional. Foi um momento muito, muito, muito intenso, difícil, apesar de ter sido de muito aprendizado, foi o momento mais difícil. Sim, eu tenho quase três anos de formada, um tempo muito curto, mas sem dúvida foi o momento mais difícil da minha vida em relação a minha questão profissional e foi muito difícil, muito difícil.

Pesquisadora: Você chegou a adoecer?

Antônia: Sim, mas não de COVID, mas eu fiquei quatorze dias internada por uma pielonefrite complicadíssima, quase fui para UTI por isso. Por que no início a gente não tinha muito EPI, não conseguia, então, eu não ia ao banheiro, não bebia água, trabalhava 100, 110 horas por semana porque uma vez ou outra alguém adoecia e tinha que cobrir. Aí o chefe pediu e aí você ficava entrando nesse lugar de cobrir porque... enfim, por várias questões. Mas eu fiquei doente, fiquei 14 dias internada e, assim, foi muito importante para eu refletir o quanto a pandemia realmente reverberou no meu corpo porque foi isso. Foi claramente um sinal de que eu estava exausta.

Pesquisadora: Sobre a questão da morte, você chegou a pensar? Como você via essa questão da morte?

Antônia: Eu acho que a gente vai criando... é como se a gente criasse um mecanismo de defesa mesmo assim. Em algum momento você precisa se blindar. Então, eu sempre tive uma relação com a morte e de entender que a gente está aqui para viver

um ciclo, sempre foi uma coisa é mais clara para mim, mas eu acho que o COVID ele trouxe uma morte muito dolorosa e não só pela doença, pela morte da doença, e por todo o sofrimento que o doente passava até vir a óbito. Desde o medo, angústia, desespero, até intubação, a falta de ar e todas essas coisas, mas a pessoa morre sozinha, né, no COVID, a pessoa morria sozinha, literalmente sozinha, e para a família também a angústia da família, o passar a notícia... Então, eu acho que por mais que você tente se blindar e na medicina, independente da pandemia, você precisa se blindar senão você verdadeiramente adocece e não só na medicina, obviamente, em todas as áreas da saúde, mas eu acho que mesmo com toda essa blindagem isso reverbera dentro de você em algum lugar que você vai encontrar tempos depois porque foi muito difícil, assim, muito sofrido você vê o paciente pedindo para você, perguntando se ele ia viver, pedindo para falar com a esposa antes da intubação. Então, foram coisas muito, muito pesadas, assim, que a gente viu e que talvez a gente ainda veja em outras situações não de pandemia, mas a pandemia foi muito intenso porque foi muitas vezes, não era um caso isolado que você tinha um tempo para digerir e depois de alguns meses ou depois de algum tempo via. Era um plantão e no dia seguinte de novo, de novo. Então, acho que existia uma blindagem, acho que a gente aprende a lidar no sentido de tentar não se abalar profundamente e não porque vai ficando frio, mas sim porque, de fato, é necessário para sobreviver para você conseguir exercer sua profissão com clareza porque senão você fica embaçado ali. Aquele sentimento da perda, mas que ainda assim em algum lugar eu acho que isso reverbera, por melhor que você lide com a morte, por melhor que você tente lidar com as perdas e as frustrações da profissão em relação à perda de um paciente, eu acho que a conta chega em algum momento.

Pesquisadora: No momento que você adoeceu você chegou a pensar na sua própria morte?

Antônia: Sim, porque eu fiquei muito grave eu fiquei com ascite, com derrame pleural, enfim, com uma hepatite 3 infecciosa e não que eu fosse morrer exatamente, mas que eu fosse precisar ir para UTI que eu precisar... e eu senti medo, não necessariamente da morte, mas eu senti muito medo, muito medo.

Pesquisadora: Você chegou a perder alguém próximo a você?

Antônia: Não, os meus enteados perderam avó por parte de mãe que não é próximo a mim, mas que eu senti muito porque eu vi duas crianças que são muito importante para mim que são hoje uma das razões da minha vida sofrerem muito. Então, não foi uma perda minha, mas foi a perda maior que teve próximo a mim. Meu pai ficou internado grave, mas, graças a Deus, ficou bem, ele é médico também, mas ficou bem.

Pesquisadora: Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

Antônia: Não, eu acho que assim quem viveu a pandemia certamente está saindo com uma outra cabeça em relação a muita coisa, assim, para todo mundo, eu acho, independente da profissão, mas acho que quem esteve na linha de frente viveu emoções, assim, que precisaram realmente serem administradas. Eu acho que talvez muita gente tenha entendido a importância mesmo do profissional de saúde ter acompanhamento com psicólogo, ter um acompanhamento realmente, ter com quem com quem conversar. E para mim foi muito importante. Eu faço terapia e eu comecei no início da pandemia, foi bem importante para mim, e eu acho que muita gente ao meu redor conseguiu visualizar essa importância porque é muito difícil você no meio de uma pandemia você partilhar com pessoas leigas ou com pessoas sobre as suas dores porque você gera um caos, um pânico total. Então, eu acho que é isso, talvez ter além de todas as reflexões que possam ter vindo talvez essa de que a saúde mental é importante.