

A psicanálise na pandemia: contornos de um projeto

Celina Giacomelli,
Daila Del Guercio Francisco,
Dalgi Sequeira Santos,
Jacqueline A. Sacon,
Joaquim Pereira da Silva Junior

INTRODUÇÃO

(...) As equipes de saúde estão esgotadas física e mentalmente... no fim de semana passado eu estava de plantão e atendi uma criança que estava com muita dificuldade de respirar, mas não tinha vaga de UTI disponível... às 3h da manhã, após tentativas frustradas de transferência, falei para a mãe, ‘não tem vaga, mas tentarei fazer tudo o que for possível, aqui no pronto-socorro, pelo seu filho’. Ela me olhou bem nos olhos e perguntou, ‘doutora, como vocês estão aguentando tudo isso?’. Debaixo dos óculos, da máscara N95, do avental impermeável, só consegui responder por gestos, a cabeça pendendo para baixo e os olhos marejados... é um trabalho psíquico que nós, médicos, não estamos conseguindo elaborar, porque as mortes estão sobrepondo uma atrás da outra (...).¹

Impactados por relatos semelhantes a este, nós, da Comissão de Clínica do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, implantamos o Projeto Plantão COVID-19, em março de 2020. Nascido de uma parceria com o Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), o projeto teve por objetivo o acolhimento terapêutico aos funcionários e alunos da FCMSCSP, aos profissionais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), aos profissionais de seis hospitais municipais ligados ao SUS (Tide Setúbal, Dr. Cármino Caricchio, Prof. Dr. Waldomiro de Paula, Dr. José Soares Hungria, Dr. Ignácio Proença de Gouvêa, Dr. Arthur Ribeiro de Saboya) e aos profissionais do Hospital de Campanha do Anhembi e do Hospital São Vicente de Paula, na cidade de Campos Gerais, em Minas Gerais.

Este artigo pretende trazer um registro possível do experimentado por nós e tantos outros colegas nesse período pandêmico, que se estende até hoje. As páginas a seguir apresentam o contexto histórico da emergência da pandemia, nossa posição como psicanalistas diante da demanda de tanto sofrimento psíquico e da necessidade urgente de adaptação do *setting* analítico, nosso movimento de organização do projeto em si, bem como tantas perguntas que se avolumam diante do trauma do vírus e da implantação ostensiva do modo remoto de atendimento, num cenário político negacionista.

¹ Transcrição de vídeo postado no *Instagram*, “Cartas a quem não pude salvar: de Maíra para Cecília”, *The Intercept Brasil*, 03 de maio de 2021, disponível em <https://www.instagram.com/tv/COad7XbMD_t?hl=pt-br>. Acesso em: 11 de setembro de 2021.

Como o leitor poderá observar, assim como no trabalho de campo, nossa escrita, aqui, também foi plural, ou melhor dizendo, grupal. A intensidade do trauma que nos atravessou – e ainda atravessa – demandou a construção contínua de uma rede interpessoal para sustentação de nossa sobrevivência psíquica, foram diversas as vozes, escutas e mãos que se integraram em torno de um projeto de escuta daqueles que estavam na linha de frente do combate ao Covid-19.

CONTEXTO HISTÓRICO

No início de março de 2020 cresciam os rumores de que uma pandemia tinha se instalado no mundo e havia chegado ao Brasil. A pauta nos noticiários era o aumento dos casos de contaminação pelo SARS CoV 2, um vírus da família coronavírus ². A sensação de segurança que até então tínhamos foi se esvanecendo.

A vida em praticamente todo o planeta foi alterada: o ritmo urbano se transformou, ruas e lugares de encontro público se esvaziaram, aulas e diversas atividades foram suspensas, o comércio fechou as portas, pessoas se viram sem trabalho do dia para a noite. No mercado financeiro, as bolsas derreteram com o horizonte de crise econômica projetado e embates entre autoridades do governo e da saúde pública foram expostos aos holofotes. No campo político, as divergências foram reforçadas, esgarçando ainda mais os laços de convivência pública e colocando em evidência o já roto tecido social brasileiro (MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020, p. 227).

Em nossos consultórios, os pacientes estavam cada vez mais preocupados, em especial aqueles ligados à área da saúde, que testemunhavam o crescimento

2 No dia 3 de fevereiro de 2020, a cidade de Whuan, capital da província de Hubei, foi o epicentro de uma pneumonia de causa desconhecida, nomeada mais tarde como COVID-19. A pneumonia foi relatada pela primeira vez à OMS em 31 de dezembro de 2019. Mais de 17 mil infectados e 360 mortos foram registrados, desde que a nova doença fora reconhecida pelo governo chinês, sua evolução impressionante, tanto na capacidade de transmissão, como no impacto que projeta para o futuro, no volume de recursos que mobiliza, e no seu caráter então desconhecido – foram alguns dos elementos que levaram à sua caracterização como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional ESPII (ou Public Health Emergency of International Concern - PHEIC), em 30 de janeiro (OPAS/OMS, 2020).

dos diagnósticos de COVID-19 em seus postos de atendimento. Alguns médicos, incluindo residentes, relatavam ter sido convocados a se deslocar de suas áreas de especialidade para realizar atendimentos emergenciais nas portas de entrada e/ou unidades de internação dos mais variados hospitais em todo o país.

No início de março, em sua sessão de análise, um residente de terceiro ano da ginecologia e obstetrícia de um hospital público, bastante assustado, disse: “Estou no terceiro ano da residência de ginecologia e obstetrícia, não lembro mais como entubar um paciente, estou distante das práticas emergenciais há muito tempo”. Ele havia sido chamado a prestar atendimento aos pacientes com suspeita diagnóstica de COVID-19, na porta de entrada do hospital, assim como a orientar residentes de primeiro e segundo anos nesta prática simultaneamente. “Estão deslocando todos os médicos residentes de suas especialidades... estou buscando vídeos e orientação de colegas sobre como proceder caso tenha que entubar algum paciente, ajustar aparelhos ou mudar a posição nos leitos de pacientes com graves dificuldades respiratórias...”, disse entre lágrimas.

A quarentena foi decretada em São Paulo no final daquela semana, a orientação era de isolamento social a partir de 21 de março de 2020. Foi um acontecimento de grandes proporções que alterou de muitas maneiras a vida de todos, incluindo a própria forma de trabalhar, que passou a ser, para quem tinha esse recurso disponível, principalmente remoto. No caso dos profissionais da área de saúde e, em específico, para psicólogos e psicanalistas, os atendimentos presenciais foram transferidos para a modalidade *on-line*. Quase todos os pacientes concordaram. Alguns poucos, acreditando que aquela era uma situação transitória, preferiram fazer o que acreditavam ser uma pequena interrupção e aguardar a necessária quarentena acabar para retomarem suas análises. O isolamento social tinha que ser imediato, não admitia adiamentos ou grandes preparativos, fomos tomados de assalto por algo que não sabíamos quanto tempo duraria. Mesmo assim estávamos esperançosos, um de nossos motes era “isso vai passar”, ao que acrescentávamos, “logo”.

Do ponto de vista ético e legal, o modo remoto de atendimento já era previsto como alternativa pelos Conselho Federal (CFP) e Regional de Psicologia (CRP-SP), recomendado, no entanto, como exceção, em casos específicos de pacientes que mudavam de cidade ou de país e solicitavam uma continuidade em suas análises, ou então em situações temporárias, nas quais o contato presencial estava por alguma razão impossibilitado. Com a pandemia, o que era exceção saiu de cena e se tornou a regra. O consultório do analista se deslocou por tempo indeterminado do presencial para o remoto, de sua sala de atendimento para o dispositivo eletrônico, *tablet*, celular ou computador.

Foi uma importante ruptura em nosso cotidiano, fomos “atropelados” por algo que não nos fazia sentido algum, não tínhamos repertório que nos

auxiliasse na metabolização de uma experiência tão insólita quanto a de uma pandemia. Imagens mostrando cidades europeias completamente vazias começaram a circular, nos dando a dimensão do que estava ocorrendo no mundo. O fato é que tínhamos que aprender a lidar com o que se impôs, ou seja, viver diariamente no grau máximo de incerteza, na angústia da ameaça de morte que nos rondava através de um vírus, algo silencioso e invisível, que nos isolou socialmente, trazendo grandes restrições que incidiam no que fazíamos até então de forma automática, sem refletir. O ir e vir tornou-se uma ameaça. O antes inimaginável aconteceu, os enquadres ou molduras que nos davam sustentação psíquica cotidianamente se esvaneceram. A manutenção dos laços sociais passou a depender em grande parte de uma boa conexão com a internet. Além da clínica, as mais variadas atividades que desenvolvíamos nos anteriores espaços óbvios de referência, as visitas familiares, os encontros com amigos, aulas, reuniões, festas, idas a bares e restaurantes, cinemas e teatros, toda e qualquer atividade presencial, antes parte de nosso cotidiano, havia se transformado em possível foco de contágio.

As notícias diárias não eram boas, a expectativa de piora era repetida inúmeras e continuadas vezes, nos alertando para o alto risco de contaminação que todos nós corríamos. Vários países estavam em *lockdown* ou isolamento social e os hospitais em todo o mundo procurando se adaptar a uma expectativa de recepção de um grande contingente de pacientes infectados. Rituais vários de higienização surgiram como uma necessidade premente. A falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) nos hospitais e no mercado apavorava a população em geral e os profissionais da área da saúde em particular, que também sofriam com o deslocamento de sua atuação na especialidade para o atendimento emergencial dos casos mais graves, como citado anteriormente, nos assim chamados “covidários” dos hospitais. Sim, essa palavra nada simpática, “covidário”, surgiu em nosso vocabulário, como aquela que passou a nomear alas hospitalares inteiras, dedicadas exclusivamente ao cuidado desses pacientes.

O TRAUMA COMO CONSEQUÊNCIA

Estávamos diante de uma experiência traumática, um trauma³ coletivo como reação a um fato inescapável, inegociável (BIRMAN, 2020). Podemos pensar

3 “Trauma’ ou ‘traumatismo’ é definido no *Vocabulário de Psicanálise* como “acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988, p. 678).

que dois elementos compõem uma situação traumática: o evento em si e a impossibilidade de conferir sentido ao acontecido, seja porque o ambiente não provê condições para a simbolização da experiência, seja porque o psiquismo não estava preparado para o que ocorreu (MINERBO, 2016). O traumatismo nos obriga a entrar em contato com nosso desamparo, nossa vulnerabilidade e a falta de garantias com relação ao futuro.

Birman (2020) afirma, “(...) a experiência psíquica do sujeito na pandemia é caracterizada primordialmente pelo trauma, uma vez que o sujeito não pode reconhecer e realizar de fato a antecipação do perigo” (p. 139). A angústia sinal, tal como postulada por Freud (1926), em *Inibição, Sintoma e Angústia*, “supõe a antecipação do sujeito no contexto psíquico do perigo iminente e a possibilidade, em consequência, de mobilizar suas defesas psíquicas pela transformação do invasor invisível em visível e do indizível em dizível (p. 139)”, em oposição à angústia real onde:

não ocorreria a antecipação do perigo, e o sujeito seria, assim, intensivamente afetado pela surpresa do acontecimento fatídico, promovendo então a angústia real e o trauma como o seu correlato. Enfim, a experiência traumática seria a resultante do impacto violento da angústia real (BIRMAN, 2020, p. 139).

Diante do terremoto de grandes proporções em 1985 no México, Silvia Bleichmar (2003) levanta a seguinte questão: o caráter geral de uma catástrofe é, em última análise, definido pelas formas como abrange setores importantes de uma população; mas o trauma determina a maneira como essas catástrofes sofridas em comum atacam ou impactam a subjetividade de forma diferente em quem as sofre. Como a autora assinala, seria um simplismo absoluto reduzir o traumatismo a um único acontecimento catastrófico. As consequências posteriores se encadeiam de modo particular na singularidade de cada sujeito que são com ele confrontados.

Importante assinalar que Bleichmar (2003) faz referência ao terremoto no México, um acontecimento marcado como uma situação limite, catastrófica porém demarcada por uma temporalidade que a pandemia da COVID-19 não possui. Este artigo está sendo escrito em 2021 e não temos ainda perspectivas de estabelecer um fim da pandemia a curto prazo, dificuldade acentuada em nosso país, onde nos ressentimos pela falta de uma política pública uniforme em relação às medidas sanitárias. Isso tudo nos remete à diferenciação postulada por Birman (2020) entre desamparo e desalento, quando o autor nos diz que

[...] os países que puderam contar com uma resposta unívoca em relação à pandemia, impondo o isolamento social como norma sanitária e até mesmo o *lockdown*, uma direção unificada das práticas de governabilidade se configurou. O sujeito acreditava que podia contar efetivamente com o Outro, confiar no governante como instância (real e psíquica) insofismável de proteção diante do infortúnio de defender a sua vida e impedir assim o advento possível da morte. Em decorrência disso, a angústia dos cidadãos seria apaziguada e estancada, recebendo contornos palpáveis e tangíveis, pela guarda promovida pelas autoridades instituídas, reguladas pelo discurso da ciência e da medicina [...] quando não podemos contar com instâncias de proteção pública que sejam confiáveis, como ocorreu concretamente no contexto social brasileiro modelado pela dupla mensagem, o sujeito se inscreve no registro psíquico do desalento [...] sem saber com quem contar para lhe proteger, o sujeito se sente entregue ao acaso e ao indeterminado, assim como ao que é arbitrário na existência, em que tudo de pior pode lhe acontecer [...] (ibidem, p. 136).

Durante algum tempo, enquanto ainda acreditávamos que a pandemia seria controlada e duraria pouco, que logo descobriríamos formas de sair daquilo que se impunha como isolamento social, chegamos a acreditar que sairíamos dessa experiência de alguma forma transformados, que com ela aprenderíamos algo valioso, que seríamos obrigados a rever nossas posições anteriores no mundo. De fato, talvez possamos incluir em nosso repertório psíquico o que descobriremos durante o período de crise, quem sabe até voltar a confiar na estabilidade do mundo, ilusão necessária para retomarmos nossas vidas fora do isolamento ou distanciamento social. Por outro lado, podemos também pensar que a cicatriz pode se reabrir a qualquer momento em situações semelhantes e nossa absoluta vulnerabilidade pode voltar a nos assombrar.

Segundo Bleichmar (2003), podemos nos interrogar se as ferramentas de que dispomos para trabalhar em processos traumáticos são válidas. Somos “escutadores do sofrimento”, como afirma Jerusalinsky (2020), este é nosso ofício. Para a autora, a vida em sociedade demanda a construção de um projeto coletivo que zele pela saúde, educação, pesquisa e informação. Num momento

como este, precisamos contar com os profissionais que trabalham na linha de frente do combate à COVID-19, “temos também um intenso trabalho ocorrendo na sustentação da vida pela via da manutenção da saúde mental, duramente atingida durante a pandemia” (p. 1).

Nossa proposta foi oferecer aquilo que sabemos fazer, a escuta. Escuta do quê? Da angústia pela descontinuidade do vivido; da incerteza que passou a fazer parte do cotidiano, transformando sonhos em pesadelos; das noites insones; da dificuldade em nos submetermos ao isolamento e ainda nos sentirmos indefesos, expostos e invadidos pelo risco da doença, que passa a assumir um caráter persecutório diante da percepção de que não há garantias absolutas, por mais que nos isolem ou tentemos nos proteger com as mais variadas formas de assepsia; a escuta da raiva e das explosões emocionais que precisam ser escutadas para não se tornarem atos contra si ou contra o outro; dos efeitos psíquicos que a privação dos encontros, do toque, dos abraços podem ocasionar; do sofrimento psíquico que demanda uma escuta, para que seja possível atravessar esse momento sem se colocar em risco.

Esperamos que isso acabe em algum momento, mas o mundo para o qual voltaremos dependerá dos atos que realizarmos agora. Faz diferença saber que uma escuta foi oferecida, saber que, muito diferente do sofrer sozinho, há um coletivo que traz amparo e, de alguma forma, silencia e resiste à lógica social do cada um por si.

O fato de fazer circular a palavra, a referência à dor e criar um espaço de troca e compartilhamento pode ser um caminho de construção para a via da elaboração das experiências perturbadoras.

O PROJETO PLANTÃO COVID-19

Em meados de 2019, a Comissão de Clínica do Departamento Formação em Psicanálise apresentou à Diretoria do Instituto Sedes Sapientiae (ISS) o Projeto de Atenção ao Estudante e ao Profissional da Área de Saúde, uma proposta de parceria com o Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. O projeto foi encaminhado à Clínica do ISS e obteve aprovação da Comissão Gestora da Clínica em fevereiro de 2020. Estávamos em fase de implantação do projeto quando fomos surpreendidos pela pandemia da COVID-19. Ao tomarmos em consideração o sofrimento dos profissionais da área da saúde, que já vínhamos acompanhando pelo noticiário e testemunhando em nossos consultórios, refletimos sobre a possibilidade de oferecer, em nome desta parceria, uma escuta *on-line* e gratuita àqueles que estavam na linha de frente, profissionais que atendiam a população, desde a porta de entrada, da portaria até a Unidade de Terapia Intensiva, passando por todos os setores da rede hospitalar, vinculados à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Nossas respectivas coordenações abraçaram o projeto, e o passo seguinte foi construir novas estratégias de atuação. Dado o fato de ser uma situação absolutamente inédita, precisávamos criar dispositivos clínicos capazes de proporcionar espaços de acolhimento e escuta a um público que ainda não estava dimensionado numericamente. Não tínhamos muito claro o que poderíamos esperar do trabalho a ser realizado, mas decidimos, levando em conta o que consideramos uma situação emergencial, formar uma equipe de nossa confiança e construir um projeto, praticamente do dia para a noite, que pudesse dar conta de tal proposta. O projeto começou com uma equipe composta por onze analistas voluntários, membros do Departamento, que aceitaram o desafio de conceber um projeto de gestão e construção de um dispositivo de encaminhamento da demanda aos analistas voluntários.

Enviamos aos membros do Departamento um comunicado sobre o projeto, convidando-os a participar como analistas voluntários e, rapidamente, obtivemos uma resposta significativa dos colegas, que prontamente ofereceram horários para o atendimento *on-line* e gratuito aos demandantes.

O passo seguinte foi construirmos estratégias de atuação, dado o fato de ser uma situação inédita, sem precedentes, que incluía, ao lado da chamada de membros para o trabalho solidário, a adaptação para a escuta *on-line* e a aproximação entre o que chegava até nós como demanda de acolhimento e o analista voluntário. Nos primeiros contatos feitos recebemos os mais variados tipos de demanda, além das de escuta psicanalítica, várias com teor administrativo e/ou médico: como proceder para tirar licença de trabalho, como identificar os sintomas da COVID-19, como lidar com a escassez dos EPIs e outras questões assemelhadas que, claramente, não eram de nossa competência. Decidimos, então, por organizar um dispositivo de triagem na Santa Casa, com a colaboração de professores e pós-graduandos da Faculdade de Medicina; uma recepção e acolhimento de pacientes, realizada pela equipe de gestão do Departamento Formação em Psicanálise, num esquema de trabalho em que levantávamos, a partir da demanda, a disponibilidade de horários dos profissionais da linha de frente, para o posterior encaminhamento aos analistas voluntários, assim como uma retaguarda aos pacientes e aos analistas, oferecida pelo plantão, que passou a funcionar diariamente, de março à dezembro de 2020.

O PROJETO EM NÚMEROS

O projeto, com uma duração de nove meses, contabilizou aproximadamente 269 dias de trabalho, de 21 de março a 15 de dezembro de 2020, ressaltando-se aqui, porém, que a admissão de novos pacientes aconteceu apenas até o dia 30 de setembro de 2020. Contou com 98 psicanalistas voluntários, a maioria deles docentes, alunos e membros do Departamento Formação em Psicanálise, além

de analistas vinculados a outros Departamentos do Instituto Sedes Sapientiae, que ofereceram pelo menos um horário para a escuta *on-line* e gratuita, perfazendo 2.300 horas oferecidas aos 123 pacientes encaminhados neste período.

Por conta da crescente demanda do projeto, foi organizado o documento *Linhas de orientação para o acolhimento terapêutico*, com orientações importantes para o alinhamento do atendimento no Projeto, estabelecendo tanto as responsabilidades do terapeuta como colaborador voluntário, assim como as responsabilidades do paciente no relacionamento com seu terapeuta.

Montamos um dispositivo de gestão, que contou com uma equipe de 11 psicanalistas voluntários. Esta equipe ficou encarregada de oferecer suporte a atividades como a organização de planilhas utilizadas como apoio para a recepção, a comunicação entre os voluntários envolvidos, organização de reuniões para discussão de casos, montagem de equipes clínicas, encaminhamento de pacientes para a psiquiatria quando necessário (ou demandado pelo paciente) e uma retaguarda através de plantões diários, oferecida aos demais analistas integrantes, tendo como principal objetivo garantir tanto o estabelecimento como a continuidade do projeto.

Para reflexão e aprofundamento dos vários interrogantes com os quais nos deparamos nesse percurso, oferecemos aos analistas voluntários, além de supervisões individuais, discussões de casos considerados exemplares do tipo de atendimento realizado, as Supervisões Ampliadas, abertas apenas aos analistas envolvidos no projeto. Realizamos cinco destes encontros supervisionados por psicanalistas, docentes e supervisores do Departamento Formação em Psicanálise. Estes eventos foram realizados pela plataforma *Zoom*, com uma média de 60 participantes por encontro.

Para oferecer suporte teórico e clínico aos analistas ainda em formação, um outro dispositivo que se revelou fundamental nesta trajetória foram as Equipes Clínicas. Coordenadas por psicanalistas membros do Departamento, em diferentes dias e horários da semana, foram disponibilizadas um total de quatro equipes, cada uma com uma média de 5 participantes e reuniões com duração média de 1h30, com frequência semanal. O trabalho focou na discussão e acompanhamento dos atendimentos terapêuticos, leitura e discussão de textos sobre questões do enquadre e *setting* analítico, considerando ainda mais o ineditismo do modo remoto, bem como o atendimento psicanalítico extramuros atravessado pelo trauma pandêmico, que tem sua especificidade no que concerne o tratamento de um trauma intenso de longa duração, diferente de outros já estudados produzidos nas grandes e agudas catástrofes. Esclarecemos que para a inclusão em uma das equipes clínicas, os analistas em formação foram previamente entrevistados por um membro da gestão do projeto. Participaram deste projeto 32 alunos do Curso Formação em Psicanálise.

Com o objetivo de investigar as principais demandas dos pacientes e efeitos do trabalho, realizamos uma pesquisa ampla, individual e *on-line* junto aos psicanalistas voluntários e obtivemos os seguintes resultados: para a maioria dos pacientes que buscaram atendimento, a demanda inicial estava vinculada à pandemia e o processo terapêutico seguiu com regularidade. As principais queixas identificadas pelos analistas foram de angústia generalizada, crises de ansiedade intensa, quadros de depressão e sintomas de pânico, tanto nos trabalhadores quanto nos estudantes da área da saúde, que se viram obrigados a circular nas dependências dos hospitais com número crescente de infectados pelo coronavírus.

Nesse breve percurso analítico, porém, observamos o emergir de questões da subjetividade pré-existentes à pandemia, tais como conflitos familiares, divórcios ou casamentos malsucedidos, vivências de luto, impotência e várias outras situações traumáticas, hipótese esta que havia sido levantada e considerada quando da estruturação do projeto. Outro dado interessante foi o de que apenas um pequeno número de pacientes enxergou no projeto uma oportunidade para dar início a um processo terapêutico e, nesse caso, o projeto serviu apenas como catalisador. Aqui fazemos referência a estudantes da área da saúde, que nos primeiros meses da pandemia estavam desenvolvendo suas atividades curriculares remotamente e que se sentiam ameaçados pela possibilidade de ter que, em algum momento, retornar às atividades presenciais nos hospitais.

O PROJETO E AS EQUIPES CLÍNICAS

A ideia de utilizar este dispositivo nasceu endemicamente, pois ao longo do percurso fomos percebendo que alguns analistas em formação nos procuravam com questões, que, por vezes, também eram nossas e que poderiam ser trabalhadas, ampliadas e utilizadas como adubo para o fortalecimento da experiência de cada um naquele contexto. Surgiu daí a proposta de grupos de transmissão de saberes e discussão dos casos atendidos, que chamamos de Equipes Clínicas, em grande parte inspirados no modelo de dispositivo adotado pela Clínica do Instituto Sedes Sapientiae para o acolhimento de aprimorandos, recepção e acompanhamento dos atendimentos ali realizados.⁴

4 Este dispositivo utilizado na Clínica do iss foi construído com os seguintes objetivos: funcionar como espaço de inserção e pertinência para o terapeuta-estagiário; funcionar como referência dos pacientes em atendimento – seria a memória viva, conforme a feliz expressão de uma terapeuta estagiária, do percurso clínico-institucional dos pacientes; funcionar como um espaço permanente de discussão das práticas clínico-institucionais.

Freud, em seu texto de 1919, *Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?*, nos mostra o seu ponto de vista sobre o que deveria ser a psicanálise em ato, falando do analista, quando ele nos diz:

Pois o que ele necessita teoricamente pode ser obtido na literatura especializada e aprofundado nas reuniões científicas das sociedades psicanalíticas, assim como na troca de ideias com os membros mais experientes. Quanto à experiência prática, além do que aprende na análise pessoal ele a adquire ao tratar pacientes, sob aconselhamento e supervisão de colegas já reconhecidos (FREUD, 1919, p. 378).

Portanto, com base nas orientações de nossa prática analítica, onde acreditamos que o tripé analítico é fundamental, as equipes clínicas no projeto nasceram da necessidade do grupo de estabelecer trocas com analistas mais experientes, tendo como base a prática analítica. Nosso cadastro de analistas parceiros era formado por analistas professores, analistas alunos, analistas jovens e os já não tão jovens assim, todos com o mesmo objetivo: proporcionar uma clínica acessível, sensível e com uma escuta cuidadosa ao momento doloroso daqueles que nos chegavam. Havia analistas em formação e alguns que fariam o primeiro atendimento nestas condições. Decidimos abarcar essa demanda e escutá-los, pois acreditamos que o mais importante já estava presente: o desejo de ser analista e acolher o outro em sua escuta.

Com isso, montou-se o Projeto Plantão COVID-19, esse dispositivo de equipes clínicas onde se refletiria sobre cada uma das demandas desses analistas em formação. Para tanto, foram feitas entrevistas com a proposta de uma escuta de experiências, percursos e possibilidades, considerando o tripé composto por formação teórica, análise pessoal e supervisão. Chegamos a uma relação de analistas em formação que desejavam o atendimento e preenchiam os critérios necessários para fazê-lo. Um grupo vívido e com muito desejo de atender foi formado a partir dessas entrevistas. Acreditamos que por estarem no começo do ofício psicanalítico fazia parte de um compromisso ético entre eles e os analisantes oferecer uma supervisão contínua com um espaço aberto para discussões da psicanálise como prática, além das peculiaridades que se impunham naquele momento. Nasceu, assim, no seio do projeto, esse lugar das equipes clínicas. Um cantinho de maternidade, para acolher a dor do parto, vivenciar o ar que entra no pulmão, acolher o humano face a face com o desamparo originário suscitado pelo traumático do ambiente que estávamos enfrentando com a pandemia.

Para tal, oferecemos quatro equipes clínicas, com uma ou duas coordenadoras responsáveis em cada grupo, em horários diferentes, que se reuniam semanalmente, com o propósito de ler textos teóricos e discutir a prática clínica com base nos atendimentos. A cada encontro, esses grupos nos mostravam que a psicanálise é um ofício e que cada análise é uma obra de arte dotada de singularidade, trabalhando o que há de mais cru, puro e profundo em cada humano. Neste trabalho encantador, discutimos textos, transmitimos e trocamos conhecimentos. Pensamos as demandas do projeto, em como trabalhar enquadre na clínica, sobre impactos do atendimento *on-line* e o que seria a psicanálise implicada. Enfim, falamos sobre a vida, sonhos, feridas, traumas, dores e humores. As coordenadoras de todas as equipes, por sua vez, se reuniam quinzenalmente para discutir o andamento do trabalho e os textos a serem lidos e discutidos em cada equipe.

Uma clínica social, *on-line*, apoiada na formação do analista foi sendo construída e a ideia da continuidade desse trabalho, mesmo após o término do projeto, emergiu. Cada equipe clínica pôde, então, continuar o modelo estabelecido após o encerramento do projeto, conforme o desejo dos coordenadores e dos participantes de cada equipe. O clima do nascimento do projeto e sua estruturação surgiu do desejo de psicanalistas em construir um lugar de atuação para a psicanálise diante da tragédia anunciada pela pandemia. Construiu-se, assim, um dispositivo clínico em meio ao momento “devastador” em que nos encontramos, que nos ajudou a poder voltar a sonhar um sonho que parecia interrompido!

Isso nos fez lembrar a vivência das tragédias no pós-guerra por Freud e por outros psicanalistas e suas respostas em ato com o que sabemos – ou pelo menos, tentamos – fazer: escutar o outro em suas angústias. Sobre a clínica pública de Freud, Elizabeth Ann Danto (2020) nos diz:

Naqueles anos de modernismo emergente, as expressões de consciência social de Freud inspiraram a criação de uma série de pelo menos outras doze clínicas cooperativas de saúde mental, de Zagreb a Londres. Muito mais tarde, em 1935, Freud escreveu “com recursos próprios, sociedades (psicanalíticas) locais sustentam (...) ambulatórios nos quais analistas experientes, bem como analistas em formação dão tratamento gratuito a pacientes de recursos limitados”. As décadas seguintes testemunharam a prática da psicanálise se desdobrar em simples consultórios, caso a caso em divãs onde a teoria

pairava, invisível nos encontros clínicos. Entre 1919 e 1938, a psicanálise não era um tratamento inacessível aos trabalhadores, não estava rigidamente estruturada nem se prolongava e excessivamente (ibidem, p. 290).

O PROJETO E AS SUPERVISÕES AMPLIADAS

Outro dispositivo que ganhou destaque nesta jornada foram as supervisões ampliadas, não só pelo caráter acadêmico que implica uma supervisão de caso por si só, onde um analista em formação apresenta um caso para discussão com um analista “já formado”, ou como nos diz Freud no texto anterior, um analista experiente, mas pela experiência emocional em que se constituíram esses encontros.

Colegas voluntariaram-se a apresentar história e sessão do paciente que estivesse atendendo pelo Projeto a um professor do curso Formação em Psicanálise. Por meio da plataforma digital *Zoom*, reuniram-se os participantes, em média 60 em cada uma das cinco reuniões promovidas, a fim de escutar, refletir e comunicar suas inquietações frente ao que era vivido de forma tão traumática nas suas diversas instâncias no atendimento psicanalítico individual. Afinal, éramos todos Analistas em Formação diante do inesperado trauma pandêmico. Um exercício de humildade e de entrega ao impulso epistemofílico. E mais do que isso, uma posição de ser no mundo, de se construir no encontro com o outro, que nos remete a (e apenas se inicia na) relação mãe-bebê, e se torna imprescindível à existência do contínuo vir a ser que se faz a cada dia. Mais do que “o caso” a ser discutido, se ilustrativo ou não do dito trauma pandêmico, contava ali a experiência emocional bruta que estava sendo vivida, a disposição do Analista em compartilhá-la com seus pares também mobilizados. Um momento de continência, um momento de construção grupal dessa continência, muito além da “(a)d(i)versidade” de linhas teóricas. Mais do que uma ferramenta acadêmica de transmissão da psicanálise, talvez uma forma de sublimar toda a frustração que a ameaça do mortífero produz em seres castrados.

Essas reuniões tiveram também a função de comunicar e ratificar linhas diretrizes de funcionamento geral do Projeto, como a data limite para ingresso de novos pacientes, bem como o prazo de encerramento dos atendimentos sob a responsabilidade da equipe gestora do projeto. Esses prazos foram muito importantes no sentido de oferecer um contorno ao projeto, aos analistas e aos pacientes. Traduzia um limite, oferecendo um tempo hábil para cada dupla, na intimidade da sua relação analítica, gerar e produzir novos rumos para aquele trabalho iniciado em março de 2020, mas que, a partir de

dezembro de 2020, teria autonomia e autoria plenas para seguir em busca de novas perguntas, talvez sem respostas. Assim, ao longo do tempo, vimos novos rebentos nascendo a partir daquele trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 trouxe diversos e abissais desafios à humanidade, como aliás, todas as pandemias já sofridas. Mas, sobretudo, nesse momento civilizatório de tanto progresso tecnológico, um desafio à nossa capacidade criativa de seguir em frente, no eterno jogo entre pulsão de vida e pulsão de morte, como bem já nos trazia, em 1920, o grande pensador Sigmund Freud. E foi assim que de dentro da Comissão de Clínica do Departamento Formação em Psicanálise emergiu esse Projeto e agora essa breve escrita. Emergiu também um desejo imenso de auxiliar e suportar, através da simples escuta, o sofrimento psíquico daqueles que se encontravam na linha de frente do atendimento à catastrófica devastação biológica – no seu sentido mais amplo – provocada por um agente que nem é considerado um ser vivo, posto que só sobrevive em dependência do DNA de uma outra espécie animal. Um agente ignóbil, incapaz de respeitar fronteiras entre países e com um poder muito além de toda a ciência humana, capaz de disseminar pelo ar, imprescindível à frágil humanidade arrogante, incapaz de reconhecer sua fragilidade diante de tão microscópico vírus. Uma ironia perceber que ele se nos apresenta com sua coroa, à semelhança de tantos poderosos que dizimam e continuam a dizimar do alto de seu poder.

Afastados catastroficamente uns dos outros devido ao necessário isolamento social, nossa pulsão de vida, porém, continuou sua luta por ligação e abriu novos caminhos dantes inimagináveis e proscritos por muitos psicanalistas e mostrou a necessidade imprescindível de ligação a despeito do sistema utilizado, presencial ou remoto. Afinal, não foi o próprio Freud que desenvolveu a psicanálise numa interlocução maciça através de cartas com Fliess, num tempo desprovido de *Whatsapp*? Paramos para pensar em quantos grupos e redes sociais ele estaria hoje conectado, considerando que atravessou mares saindo de Viena em direção às Américas, a fim de compartilhar suas ideias.

Nós, da Comissão e todos os voluntários do Projeto, também nos vimos atravessados pela pandemia. Também nos defrontávamos com o desconhecido e incognoscível binômio vida e morte. Sentíamos a necessidade de nos dar suporte, para oferecermos mais e melhor suporte aos soldados da frente de batalha. Seria possível de um campo devastado pela morte brotar a vida? Nossa resposta foi: VAMOS! Importava a luta. O saldo seria contabilizado depois, mas tínhamos a certeza de que valeria a pena. Dessa forma, utilizando os recursos conhecidos e praticados na psicanálise, montamos juntos uma

rede de sustentação necessária à sobrevivência do humano na sua radicalidade de existência, o psíquico. Atendimentos clínicos psicanalíticos individuais, Equipes Clínicas de aprendizado e compartilhamento de experiências, estudos teóricos, reuniões administrativas de gerenciamento do projeto, tudo acontecendo aqui e agora, ligando.

Este artigo é mais do que uma tentativa (im)possível de deixar registrado um projeto que aconteceu. É antes um agradecimento a todos os 98 psicanalistas voluntários e à parceria com o Departamento de Saúde Mental da FMSCSP, que fizeram esse trabalho acontecer, representados aqui pelos membros da equipe gestora da Comissão de Clínica do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, listados em ordem alfabética: Alessandra Castro, Celina Giacomelli, Cristiane Paccola, Daila Del Guercio, Dalgi Sequeira Santos, Denise Fichmann, Jacqueline Sacon, Joaquim P. da Silva Junior, Lucy Franco, Miriam Saintive, Thais Zelia dos Santos Otani.

REFERÊNCIAS

ANN DANTO, E. *As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social (1918-1938)*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2020. E-book Kindle.

BIRMAN, J. *O Trauma na Pandemia do Coronavírus – Suas Dimensões Políticas, Sociais, Econômicas, Ecológicas, Culturais, Éticas e Científicas*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2020.

BLEICHMAR, S. *Conceptualización de catástrofe social. Límites y encrucijadas*. In: WAISBROT, D. et.al (Orgs.) *Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales: La experiencia argentina*. Buenos Aires: Paidós Editores, pp. 35-51, 2003.

FREUD, S. *Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?* (1919). In: FREUD, S. *Obras completas*. pp. 377-381. v. 14. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926). In: FREUD, S. *Obras Completas*. v. XX. Rio de Janeiro: Imago.

JERUSALINSKI, J. *Escutadores do sofrimento psíquico durante o confinamento e a construção de saídas coletivas após a pandemia*. Material educativo: Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Psicanálise. UNIRIO no combate ao coronavírus, 2020. Disponível em <<http://www.unirio.br/covid/material-educativo/Escutadoresdosofrimentopsquicoduranteoconfinamento.pdf>>. Acesso em: 22 de julho de 2021.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

MARQUES, R. de C.; SILVEIRA, A. J. T.; PIMENTA, D. N. *A pandemia de covid-19: intersecções e desafios para a história da saúde e do tempo presente*. In: REIS, T. et.al (Orgs.). *Coleção história do tempo presente*. Vol III. Roraima: Editora UFRR, 2020, pp. 225 – 249. Disponível em <<https://ufrr.br/editora/index.php/editais?download=444>>. Acesso em: 22 de julho de 2021.

MINERBO, M. *Diálogos sobre a Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Ed. Blucher, 2016.

OPAS/OMS. *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus*. 2020. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>>. Acesso em: 22 de julho de 2021.