

ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A TERMINALIDADE NO CONTEXTO DA COVID-19: aspectos contratransferenciais em profissionais de saúde

Luiz Olavo Américo Coelho e Sandra Ribeiro de Almeida Lopes

Apoio: PIBIC Mackpesquisa

RESUMO

A situação pandêmica da covid-19 elevou o número de óbitos registrados em todo o mundo. Em razão disso, o objetivo dessa pesquisa foi investigar os aspectos contratransferenciais que foram suscitados em profissionais de saúde, atuantes na assistência a portadores de covid-19, diante da terminalidade de pacientes e do enlutamento de familiares, bem como, compreender quais os recursos utilizados para lidar com o referido contexto de morte. Para isso, foram entrevistados 5 (cinco) profissionais de saúde que trabalharam em unidades de terapia intensiva, na cidade de São Paulo (SP), entre março e setembro de 2020. Através da análise qualitativa dos resultados, foi possível observar que, primordialmente, profissionais de saúde apresentam aspectos de identificação com pacientes em processo de terminalidade e com familiares enlutados, seguido de reações de angústia, desespero, tristeza e demais sentimentos que sugerem impactos emocionais. Ao mesmo tempo, foi possível perceber que mecanismos de defesa surgem como forma de lidar com o referido contexto. Assim, o artigo aponta para a importância do trabalho psicológico com profissionais que presenciam com frequência a terminalidade de pacientes no âmbito hospitalar, tanto para que possam evitar impactos negativos para si (tais como, transtornos de ordem mental) como, também, para que seja possível a reflexão grupal e multidisciplinar de mais ações técnicas específicas para o trato com o processo da morte de pacientes e o cuidado às famílias em situação de luto.

Palavras-chave: Covid-19. Profissionais de saúde. Contratransferência.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic situation has increased the number of deaths registered worldwide. Therefore, the objective of this research was to investigate the countertransference aspects that raised in health professionals working in the care of patients with covid-19, in view of the terminality of patients and the bereavement of family members, as well as to understand what resources were used to deal with the aforementioned contexto of death. For this, five health professionals who worked in intensive care unit in São Paulo city (SP) were interviewed between March and September 2020. Trough the qualitative analysis of the results, it was possible to observe that, primarily, health professionals presente aspects of identification with terminally ill patients and bereaved family members, followed by anguish, despair, sadness and other feelings that suggest emotional impacts. At the same time, it was possible to see that defense mechanisms emerge as a way to deal with this context. Thus, the article points

to the importance of psychological work with these professionals who frequently witness the terminality of patients in the hospital environment both so that They can avoid negative impacts for themselves (such as mental disorders) as well as so that make it possible for group and multidisciplinary reflection on more specific technical actions to deal with the process death of patients and care for families in a situation of grief.

Keywords: Covid-19. Health professionals. Countertransference.

1. INTRODUÇÃO

O advento da covid-19 nos permite dizer que o século XXI já foi marcado pela contemplação de uma severa crise, a qual, abarca de forma direta o âmbito da saúde. A covid-19 é doença oriunda de coronavírus muito contagioso, transmitido rapidamente entre pessoas através de secreções e gotas respiratórias (VARGAS; ACOSTA; BERNILLA, 2020). Desse modo, portadores da doença podem apresentar dificuldades para respirar, tosse, febre, dores de garganta, demais sintomas clínicos ou, ainda, podem ser considerados assintomáticos (CAVALCANTE; CARDOSO-DOS-SANTOS; BREMM; LOBO; MACÁRIO; OLIVEIRA; FRANÇA, 2020).

Para tanto, ainda que formas de prevenção e tratamento estejam sendo constantemente pesquisados, inegavelmente, a covid-19 se trata de doença com alto risco de mortalidade, não obstante, já tendo vitimado mais de 4 milhões de pessoas em todo mundo (WHO, 2021), sendo que, no Brasil, os registros de óbitos ultrapassam 570 mil (BRASIL, 2021). Nesse sentido, profissionais de saúde (chamados de profissionais da “linha de frente”), têm buscado suporte e apoio psicológico através das próprias instituições que trabalham, uma vez que vêm apresentado manifestações de medo (por estarem em contato direto com áreas passíveis de transmissão), bem como, sintomas de exaustão pelo grande volume de demandas dos mesmos casos (INGRAVALLO, 2020), tendo que lidar, reiteradamente, com questões de terminalidade e morte de pacientes, tal como, com as reações dos familiares enlutados e, não menos importante, em detrimento de seus próprios afetos perante a complexidade do contexto.

Por isso, o objetivo desse trabalho foi investigar os aspectos contratransferenciais que emergem em profissionais de saúde em relação a pacientes/famíliares, em contexto da terminalidade e morte em razão da covid-19, bem como, a compreensão da forma que esses mesmos profissionais de saúde têm de lidar com referidos aspectos, a partir do que eles mesmos expressaram e, portanto, já conscientes das contratransferências emergidas. Para isso, é importante partir da compreensão de terminalidade a partir de Kübler-Ross (1981), que assim designa pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura da doença.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme já apontado, profissionais de saúde têm buscado apoio e suporte para questões de ordem psicológica, em especial, no tocante ao enfrentamento do referido contexto pandêmico. Ressalta-se, então, que foi o psiquiatra e psicanalista Michael Balint que iniciou, na década de 1950, trabalhos grupais com médicos sob finalidades que se constituíam de acordo com a relação que esses médicos tinham com pacientes em função de suas

doenças (BRANDT, 2009), de maneira que pudessem, através desse tipo de trabalho, chegar a uma compreensão maior não tão somente do paciente mas, também, sobre seus principais aspectos profissionais que pudessem propiciar formas alternativas (e não apenas enrijecidas) de lidar com o outro. Na prática, o trabalho com os chamados grupos Balint mostra-se útil, em especial, aos participantes que denotam sobrecarga com o trabalho e que são passíveis de redução de danos de esgotamento (THOMAS, 2004), tal como, no auxílio a esses participantes para melhor compreensão dos seus pacientes e suas reações em relação a enfermidades, facilitando melhores (e necessárias) relações interpessoais no âmbito profissional. Oportuno dizer que o próprio Balint (1957/2005) defendia a ideia de que o médico, sob o anseio de cura do seu paciente, seria uma espécie de influenciador, o qual, assim como uma droga, deveria ser conhecida em sua “posologia” (a ideia, portanto, do médico como medicamento, podendo se estender a todos os profissionais de saúde).

Nesse sentido, não apenas restrito a médicos, mas, atualmente, sob a possibilidade de se contemplar os grupos Balint (quando viabilizados pelas instituições de saúde) inserindo toda a equipe, é que tem-se uma modalidade de trabalho que surge da fala dos participantes, pois, a linguagem serve para atenuar inquietações sobre sentimentos, muitas vezes, carregados da sensação de impossibilidade de serem ditos e, logo, ambos os participantes fazem girar saberes, onde todos aprendem com todos e todos ensinam a todos, sem quaisquer preconceitos com o verbo “ensinar” (KELNER; FILGUEIRA; BOXWELL; BOUWMAN, 2003). Isso porque, Balint advém da escola húngara de psicanálise, onde casos clínicos individuais são debatidos em grupo (BRANDT, 2009) – uma vez que a contratransferência manifestada nesses relatos possibilita os demais participantes (inclusive, o próprio analista, que não assume posição de superioridade) a entrarem em aspectos cognitivos e emocionais a respeito de si. Percebe-se, então, que os efeitos nos próprios participantes e o desencadeamento nos pacientes, sob a sujeição de um grande complexo que os une, configura “função apostólica”, a qual, Balint (1957/2005) atribui importância ao profissional de saúde.

Sendo, então, a contratransferência, conceito central a ser visitado na presente pesquisa, baseados em Freud (1894/2006, p. 150) é que se pode entendê-la como fenômeno relacional emergido a partir do inconsciente para o consciente do analista (ou, no caso em tela, dos profissionais de saúde) com base na influência do paciente (ou seja, com base na transferência). Ainda que pese Freud pouco ter abordado sobre o assunto, certamente, trata-se de uma matéria de muito interesse por parte de seu discípulo e mestre de Balint, que foi Sándor Ferenczi, uma vez que compreendia a contratransferência como sendo importante no desenvolvimento da sensibilidade do analista, com fins de impactos positivos nos cuidados dos pacientes. A saber, segundo Ferenczi (1933/1992), o mascarar de certos sentimentos do

analista lhe confere insensibilidade; ao mesmo tempo, a postura demasiadamente neutra deriva “hipocrisia profissional”. Nesse sentido, é que se dá a importância da contratransferência – conforme já dito –, porquanto, instrumento de cuidados àqueles que lhe direcionam a transferência, ou seja, pacientes e demais expectantes envolvidos.

Nesse sentido, parte-se da hipótese que, mais do que os elementos contratransferenciais identificados em profissionais de saúde no lidar com o processo de terminalidade de pacientes e familiares enlutados, é de grande importância que também se dê atenção ao destino que os mesmos profissionais buscaram dar (conscientemente ou inconscientemente) a esses mesmos aspectos – compreendendo que, isto, é fator direto de impacto (seja positivo ou negativo) sobre o polo passível de cuidados.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa de natureza qualitativa buscou analisar as respostas de 5 (cinco) profissionais de saúde que atuaram pelo menos uma vez na chamada “linha de frente” do enfrentamento da covid-19, em hospitais situados na cidade de São Paulo (SP), durante o período de março de 2020 a setembro de 2020.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar através de mensagem de texto e, voluntariamente, se prontificaram a serem entrevistados em único encontro e de maneira individual, via remota por videochamada, tendo ambos autorizado o registro tão somente do áudio. Assim, participaram 4 (quatro) profissionais de fisioterapia e 1 (um) profissional de nutrição. Para tanto, foi aplicado questionário semiestruturado, contendo 11 (onze) perguntas relacionadas as experiências dos participantes em suas atuações e diante da terminalidade de pacientes em razão da covid-19.

As perguntas efetuadas aos participantes se referiram aos seguintes quesitos: a denominação da profissão e suas principais funções no contexto hospitalar; avaliação da importância de seus trabalhos e significado de ser profissional de saúde; avaliação da própria postura diante da terminalidade de pacientes em razão do novo coronavírus (Sars-CoV-2); semelhanças e diferenças observadas em relação a terminalidade de pacientes em razão de outras enfermidades; sentimentos/emoções e/ou sensações percebidas diante de pacientes em terminalidade e familiares enlutados; por fim, expectativas percebidas que puderam ter sido depositadas em si por pacientes e familiares, bem como, sentimentos/emoções e/ou sensações identificadas em razão disso.

A partir das respostas, o método aplicado para a apuração foi a análise de conteúdo, a entendendo tal qual a definição de Berelson (APUD MINAYO, 2014, p. 304), quando diz que “é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo

manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”. Aqui, a modalidade adotada do referido método foi a análise temática, a qual, segundo Minayo (2014, p. 316), consiste na descoberta de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, de modo que a presença ou frequência destes mesmos signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Não obstante, a escolha por tal modalidade também se deu por ser considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde (IBIDEM, 2014, p. 309).

Com base em Bardin (2016), todas as respostas foram inventariadas e classificadas em categorias que sintetizassem os elementos contratransferenciais em comum presentes nas respostas, de acordo com cada situação investigada a partir das perguntas propostas, de maneira que, assim, se buscou fornecer, por condensação, representações simplificadas dos dados brutos (IBIDEM, 2016). Logo, sobre essas representações é que se ensejaram as análises a seguir e, se tratando de análise de saúde, conforme Minayo (2014, p. 131), se fez necessário dar atenção à cultura como produtora de categorias de sentir, agir, pensar e expressar de determinada classe, grupo ou segmento (no caso, profissionais de saúde), uma vez que, nesses afetos, se articulam concessões, conflitos, subordinações e resistências. Eis aqui, então, a fenomenologia do cotidiano, onde a intersubjetividade é sua categoria central e dado fundamental da existência humana (IBIDEM, 2014, p. 144). No mesmo sentido, Schutz (APUD MINAYO, 2014, p. 145) designa que o propósito do cientista social é revelar os significados subjetivos implícitos dentro de lógicas profundas, cabendo aos investigadores a criação de saberes diferentes a partir do conhecimento de primeira ordem, expressos nos modelos de tipificação social. Isso é, então, o que se pretendeu realizar nessa pesquisa.

Por fim, ressalta-se que em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do CONEP, esse trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido a sua produção devidamente autorizada, sob o número CAEE 40957520.2.0000.0084.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, expõe-se que as categorias nos quadros foram classificadas de cima para baixo, a partir das mais até menos recorrentes, sendo, secundariamente, colocadas em ordem alfabética quando o número de expressões entre categorias coincidirem. Os participantes e suas falas foram identificados como P1, P2, P3, P4 e P5, entre parênteses.

Agora, inicia-se a mostra dos resultados obtidos e a categorização dos elementos contratransferenciais observados em profissionais de saúde em relação aos pacientes em terminalidade (Quadro 1):

Quadro 1 – Contratrtransferências em profissionais de saúde sobre pacientes em terminalidade:

CATEGORIAS	EXPRESSÕES
Identificação	"Com a morte é a mesma coisa: quando a gente vê um senhor de 80 anos, pensamos : 'já viveu tudo o que tinha para viver'. Agora, um jovem falecendo, sem motivo prévio, e sim, pela Covid, é muito mais difícil de aceitar". (P3)
	"Mudou demais. É terrível. No começo, os pacientes eram mais idosos, com mais de 70 anos; agora, muita gente mais nova, e a identificação é automática. Poderia ser eu. Colegas de trabalho ". (P1)
	"Você perde total o controle da situação. Você perde a perspectiva. Eu vi pacientes de outros estados, empresários, eu fico pensando : 'meu Deus, essa pessoa tinha planos de vida e, de repente, está de fralda na UTI, sem saber se voltará a trabalhar'. Nossa, isso é...terrível". (P1)
	" A gente pensa nos nossos pais que poderiam estar ali. Em um dia anterior estavam bem, e agora estavam internados". (P3)
	"Mas no cenário Covid é um pouco mais difícil, porque presenciamos mais jovens, então se torna um pouquinho mais complicado para a gente, porque admitimos os pacientes lúcidos e orientado, contando sua história de vida ". (P4)
Angústia	" É angustiante [para os profissionais de saúde]. Principalmente se você sabe que o paciente não teve acesso à vacina, e poderia ter cura, entre aspa. Poderia evoluir de forma mais leve (...)." (P4)
	"Então eles pegavam o tablet e aí ligavam para a família, e aí era aquela choradeira. E a gente ficava angustiado , com aquela sensação". (P1)
	"E vê-lo [paciente] sendo intubado e podendo não sair, para a gente acaba sendo angustiante ". (P4)
	"(...)o que tornou mais angustiante ainda [para os profissionais de saúde], porque a pessoa [paciente em isolamento] tinha que enfrentar tudo aquilo sozinha, só com a gente ". (P1)
Impotência	Às vezes trabalhamos com médicos que tem mais confiança, aí tudo bem. Mas a maioria, não é assim. Aí você fala: ' poxa vida, eu podia tentar '. (P2)
	"A gente não se prepara para isso. Paciente que já vem com histórico, nós nos preparamos. Mas com Covid, tem pacientes que simplesmente param e não voltam. Tem um sentimento de incapacidade ". (P3)
	"A gente chegava em casa para dormir e ficava pensando : 'o que eu deveria ter feito? O que eu poderia ter feito de diferente para ajudar?'. (P3)
	"O paciente ia a óbito e ficava o sentimento: ' poderíamos ter feito mais '. (P3)
Medo	" Medo [dos pacientes infectados]. Medo de me contaminar e passar para a minha família. Medo de eu ficar grave, também". (P1)
	"Bom, lá no início, em março/2020, a sensação era de medo [dos pacientes infectados] : porque a gente não sabia o que estava enfrentando, só sabia que era contagioso. E o maior medo de todos os profissionais não era tanto com a nossa vida, mas nos contaminarmos e trazermos para casa: nós temos pais, mães, avós, tem profissionais que tem filhos. Muitos colegas desistiram, largaram da área, por medo". (P3)
	"Tava todo mundo no mesmo barco, a gente com medo de 'pegar' [dos pacientes infectados], medo de continuar trabalhando". (P5)

Choque/ Impacto	<i>"Mas, ao mesmo tempo, deixou todo mundo em choque". (P3)</i>
	<i>"Um paciente que dava positivo para Covid, (...), nossa, impactava". (P5)</i>
Desespero	<i>"Era um desespero por eles. Era desesperador. (...) quando diziam: 'deu positivo', nossa, eu me desesperava por eles [pacientes]. (...) até hoje, é uma sensação de desespero. Eu falo: 'nossa, não acredito. Que pena', sabe...". (P5)</i>
	<i>"Então, no segundo momento foi um desespero [pelo paciente]. Fazíamos o máximo, mas víamos que não era o suficiente". (P3)</i>
Desidentificação	<i>"Eu estou na sala amarela [pronto socorro], e tem um senhor com uma 'traqueo' [traqueostomia] metalizada, não tem mais conduta terapeuta, ele está enquadrado na terminalidade. Mas assim, você conversa com ele, é tudo do jeito dele, como ele quer, na forma que ele quer. Ele é rígido, duro, não te dá abertura para conversar, nem fazer exercício (ele faz) ou (não é possível) dar um certo conforto, apesar da terminalidade. E acho que as pessoas não lidam bem com isso". (P2)</i>
	<i>"(...) e outros [pacientes que vão a óbito], [penso que é] mais um". (P4)</i>
Empatia	<i>"Quando a gente vê pacientes que saíram do tubo, estão com um nível de consciência legal, mas estão em terminalidade, o que eu sinto é que ele [paciente] precisa desse acolhimento (...) Eu acho mais importante a gente conversar do que mandar ele respirar. Então ele se sente acolhido. " (P2)</i>
	<i>"(...) quando passou a novidade da Covid, a gente começou a se colocar no lugar (do outro), que já fazíamos desde o começo". (P3)</i>
Sofrimento	<i>"É sofrido, né. (...). Foi um sofrimento para toda a equipe". (P4)</i>
	<i>"Tem pacientes que sofremos mais (...)" (P4)</i>
Tristeza	<i>"Ai, 'acaba'. É muito triste. Ela (paciente) pode estar falando pela última vez, a última vez que ele vai olhar para o filho dele. A gente espera que não, mas essa tem sido a realidade". (P3)</i>
	<i>"A gente fica triste [com a morte de pacientes], mas, querendo ou não, a gente fica meio perdido, porque também colocamos uma expectativa nisso [na sobrevivência de pacientes]". (P3)</i>
Dor	<i>"Ainda dói muito ver essa questão de óbitos em pacientes em questão da Covid. É muito rápido". (P3)</i>

Conforme se observa, a categoria que mais prevaleceu, quando foram analisados os elementos contratransferenciais que emergiram em profissionais de saúde em relação aos pacientes em processo de terminalidade em razão da covid-19, foi a que se chamou de "identificação". Não se compreende, nesse tópico, "identificação" como mecanismo de defesa, mas sim, se compreende como sendo o título de uma categoria, o qual, com base em critérios metodológicos, abarcou as expressões advindas dos participantes que sugeriram que estes pudessem pensar, imaginar e/ou fantasiar vivenciar ou, de fato, estarem vivenciando, aspectos encontrados nos pacientes. Aqui, foi possível observar que houve, nas expressões, a prevalência do verbo "pensar" – excetuando a última expressão, em que o participante (P4) relata ter encontrado a mesma circunstância que detêm em seu paciente: a admissão de alguém lúcido e orientado (não obstante, então, é que isso parece justificar o grau de dificuldade que o mesmo participante atestou sobre o que chamou de "cenário covid").

Em seguida, cita-se a categoria denominada “impotência”, a qual, nela, foram alocadas as expressões que os participantes indicaram, através de palavras ou núcleos, ter o sentimento/sensação de incapacidade e/ou limitações diante das circunstâncias. Para tanto, é possível observar a prevalência do verbo “poder” presente das expressões, geralmente, conjugados no futuro do pretérito (“poderia”) ou no pretérito imperfeito (“podia”), de maneira que houve questionamentos e afirmações quanto “o que poderia” ter sido feito ou, ainda, o entendimento de que, em um passado recente, “podia-se” ter feito mais (pelo paciente).

Depois, chama-se a atenção para a categoria denominada de “desidentificação”, a qual, foram alocadas expressões que mostraram, em seus núcleos, que participantes se posicionaram, diante de pacientes em terminalidade, de tal forma a não observarem quaisquer elementos nestes que pudessem chamar de comuns a si próprios. Assim, há uma sentença em que um dos participantes (P2) elenca movimentos advindos do paciente em terminalidade, os quais, soam como uma frustração a tentativas de identificação e, assim, não obteve ao referido participante posicionar-se de forma desidentificada, adversa a forma como se imaginaria, também ser ou, ainda, como se imaginaria reagir se a situação de terminalidade fosse consigo; ainda, outro participante (P4) utilizou a expressão “mais um” ao se referir ao óbito de pacientes, indicando, então, a ausência de elementos identificadores que pudessem justificar uma possível comoção, de maneira que, não havendo tal identificação (mas sim, um distanciamento), logo, presume-se que em relação a outros pacientes com quem pudesse se identificar, nesse caso, o participante (P4) possa não comover-se (ou não comover-se tanto).

Ainda, destaca-se a categoria emergida “empatia”, pela qual, nela, foram alocadas sentenças em que os participantes mostraram pensar e/ou imaginar aspectos sentimentais e/ou emocionais, os quais, supostamente, seus pacientes poderiam estar vivenciando – e que, diferentemente da categoria “identificação”, os profissionais de saúde não associam esse pensar/imaginar a elementos que possam ter em comum. Em outras palavras, os participantes observam aspectos sentimentais/emocionais que, supostamente, pacientes em processo de terminalidade vivenciam, porém, justamente por terem consciência que não estão na mesma situação é que, ao máximo, podem pensar e/ou imaginar o que alguém que manifesta tais aspectos possa precisar. A expressão “clássica” utilizada para denominar fenômenos empáticos é “colocar-se no lugar do outro” – estando, inclusive, expressa na sentença de um dos participantes (P3). Da mesma forma, outro participante (P2) mostrando implicitamente “se colocar no lugar do outro” é que “sente” (ou pensa/imagina) que um paciente, em processo de terminalidade, necessita de “acolhimento” – o qual, o próprio participante (P2), não atravessando o mesmo processo, não mostra necessitar do mesmo gesto.

Por fim, aponta-se que para as demais categorias emergidas (“angústia”, “medo”, “choque/impacto”, “desespero”, “sofrimento”, “tristeza” e “dor”), o critério utilizado para as

classificações das expressões foi o mesmo: o encontro das referidas palavras nas expressões dos participantes, contextualizadas as razões que as fizeram surgir no panorama do processo de terminalidade em pacientes portadores de covid-19 – e, portanto, denunciando o exato sentimento/emoção/sensação presente entre os participantes.

Para um segundo momento, passa-se, então, aos resultados obtidos e categorizados quanto os elementos contratransferenciais manifestados por profissionais de saúde, agora, em relação aos familiares de pacientes em processo de terminalidade (os quais, pode-se chamar de familiares enlutados) (Quadro 2). De pronto, notório é (e que talvez não seja por acaso) que 4 (quatro) categorias presentes no próximo quadro também constam no quadro anterior, e que merecerão maiores reflexões mais adiante:

Quadro 2 – Contratransferências em profissionais de saúde sobre familiares:

CATEGORIAS	EXPRESSÕES
Identificação	"(...) cada paciente que vinha eu pensava na família deles. Eu pensava: "Meu Deus, eles não estavam esperando isso". (P1)
	"[Eu pensava] 'não, tem que sobreviver, essa pessoa tem que sobreviver, essa pessoa tem dois filhos, tem três filhos, ela é... sei lá, acabou de casar ou vai casar'. E aí não sobrevivia". (P1)
	"Mas aí, pensamos na família. Aí, a gente chama o psicólogo (risos)". (P2)
	" E pensar na família... porque aconteceu em diversas família de diversos membros irem a óbito: pais, avós, netos, as vezes no mesmo plantão perdíamos todos. Realmente foi um baque muito grande, ainda é" (P3)
Desespero	" É desesperador , é um sofrimento. Assim, eu vivencio porque eu estou na porta da UTI [onde aguardam muitos familiares] (...)". (P4)
	"É doloroso, desesperador . E o fato de [o familiar] não poder ver [o paciente], não ter o contato direto, é mais sofrido ainda [para profissionais de saúde]". (P4)
	" Era desespero por nós, pelos familiares que não tinham informação. Foi um período muito caótico". (P5)
Empatia	"Sinceramente, a gente entende a família , mas essa terminalidade veio, não sei se ajudar. Mas pessoas que estavam muito sofridas acabaram se livrando desse sofrimento". (P2)
	"Então, assim, quanto ao familiar, a gente tem esse início de se colocar no lugar do familiar, a gente sofre junto, chora junto com o familiar (...)". (P3)
	"(...) e a gente entende a revolta desse familiar , porque tem momentos que, infelizmente, nós não tivemos estrutura para atender todos como deveriam ser atendidos". (P3)
Tristeza	"E há situações em que a família entrava para ver – era bem raro, é um ambiente isolado, as vezes na enfermaria. Nossa, era muito triste ". (P1)
	"Então, nossa, era muito triste . Essa despedida [dos familiares através] do tablet era muito triste mesmo ". (P1)
Tranquilidade	"Os familiares que conseguem, conversam com o paciente no sentido de pedir desculpa por ter feito algo, ou deixado de ter feito. É meio colocar os pingos nos 'is', 'pode partir tranquilo, vamos cuidar das coisas aqui'. Agora, a gente vendo isso, eu me sinto tranquila . A família consegue se despedir (...)". (P2)

Como já dito, é possível observar que categorias existentes aqui se repetem em relação ao Quadro 1. No entanto, chama a atenção o fato de que, se neste, havia 11 (onze) categorias, já no presente Quadro 2, há apenas 5 (cinco) categorias. Isso nos leva a refletir – inclusive, com base nos próprios discursos dos participantes – que o “ter que lidar” com os familiares não seria propriamente o foco na atuação laboral e prestação de serviços de saúde, surgindo então, tal consequência, a partir do trabalho destinado aos pacientes. De maneira que, estes, não vêm sozinhos, entretanto, a ideia de que quando um paciente adoece a família também está passível ao adoecimento, ainda parece ser distante e, diga-se, destoante com a lição de Kovács (1992), quando defende que a comunicação de profissionais de saúde e familiares é eixo importante para o tratamento de saúde – e, aqui, respeitosamente, amplia-se essa concepção, sob o entendimento de que esse eixo também é importante para fins de morte digna ao paciente em terminalidade, assim como, para o processo de enlutamento dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, porquanto, segundo Doka (1989), “enlutados não reconhecidos”. Aliás, até então, através das respostas obtidas, fica evidente tal termo alcunhado por este último autor citado, afinal, não fizesse sentido, não emergiriam as categorias tanto em relação aos pacientes quanto aos familiares, sob a natureza que possuem – mostrando, em outras palavras, que profissionais de saúde também são passíveis aos afetos presentes no contexto laboral e, logo, não servindo as suas profissões como espécie de “escudo emocional” (o que, humanamente, seria pouco provável), mas sim, como um veículo fundamental no cuidado em saúde e respaldo em processos de terminalidade. Cabe dizer que, como afirma Parkes (1998), médicos, sim – e, novamente, estende-se a concepção aos profissionais de saúde – podem e devem prestar cuidados aos familiares mesmo após o óbito dos entes, com o objetivo de auxiliá-los em processos de luto.

Retornando aos aspectos da Quadro 2, é visível que a categoria mais evidenciada – tal qual, como no Quadro 1 – foi a “identificação”, a qual, da mesma forma, foi compreendida sob os mesmos critérios já expostos. Isso também vale para as categorias “desespero”, “empatia” e “tristeza”, que também já foram expressas no quadro anterior. A novidade, no entanto, se refere a categoria menos destacada no presente quadro: “tranquilidade”. Esta, ao que se pode observar, vem seguida da categoria “tristeza” de modo que entendemos como etapas distintas do mesmo processo de enlutamento nos participantes. É verdade que ambas categorias se referem a despedidas entre pacientes e familiares, porém, na categoria “tristeza”, a despedida se refere a um processo que antecede a intubação (ou seja, onde o paciente ainda não se encontra em processo de terminalidade, muito embora, mediante este, o risco seja maior do que um paciente que conseguiu recuperar a sua saúde através de ventilação não invasiva); já na categoria “tranquilidade”, o processo de terminalidade está consumado e, aparentemente, aceito pelos familiares que, então, conseguem colocar “os

pingos nos ‘is’”, conforme as palavras do participante (P2). Nesse sentido, o modelo de Kübler-Ross (1981) ajuda a compreender que a etapa da depressão é a que antecede a da aceitação, de modo que, na primeira, existe grande tristeza por diversos fatores, os quais, a autora cita que, entre eles, estão situações muito graves e que podem ensejar longo período de internação – que não se mostra propriamente como uma regra nos casos de covid-19, ainda que, em casos de intubação, essa sensação acometa os familiares pela manifestação de questionamentos como “até quando?” ou “quando ele(a) sairá daqui?” (observando, então, a prevalência, ainda que mínima, de uma esperança); já a aceitação, procedendo a etapa anterior, traz o alerta da autora de que aceitação não pode ser confundida com felicidade, entretanto, tal como a etapa anterior, faz parte do processo de luto.

No mais, de modo geral, parece haver a prevalência de algo em comum entre as expressões, muito embora, sob reações diferentes (e, conseqüentemente, postas em categorias diferentes): o distanciamento e/ou separação de forma abrupta entre pacientes e familiares. A necessidade de isolamento, bem como, a ausência de informação ou, ainda, informações não coadunadas com a possibilidade de ver dos pacientes, parece ampliar diferentes aspectos transferenciais dos familiares sobre os profissionais de saúde e, é a partir destas, que os participantes demonstraram reações contratransferenciais, também, de formas distintas.

Passa-se agora ao próximo quadro (Quadro 3), o qual, observa-se as respostas obtidas e classificadas a partir da forma que os participantes mostraram ter lidado com os aspectos contratransferenciais suscitados pelos pacientes em processo de terminalidade. Mas antes, é preciso realizar pontuais observações.

Como já posto no referencial teórico, contratransferências são fenômenos relacionais suscitados no inconsciente do analista (no caso, dos profissionais de saúde) para o seu consciente, com base na transferência do paciente (ou seja, a forma como se sentem influenciados pelas influências e impressões que adquirem sobre o paciente) (FREUD, 1894/2006, p. 150). Uma vez vindo à consciência, as contratransferências manifestadas pelos participantes mostraram o ensejo para um direcionamento, isto é, uma forma de lidar com tudo o que se afeta em relação ao paciente. Entretanto, foi observado que tais formas de lidar não possuem gênese na consciência (ou seja, não há alguma reflexão ou planejamento de como se lidar com situações de morte no contexto da pandemia), mas sim, mantêm a gênese no inconsciente – onde foram observados, portanto, mecanismos de defesa. Em outras palavras, de fato, formas de lidar com os próprios sentimentos/emoções/sensações diante da terminalidade de pacientes foram observados, no entanto, as razões que justificam essas formas de lidar não parecem ter causa propriamente naquilo que se sentiu, mas sim, nas defesas que inconscientemente se manifestam em relação àquilo que se sentiu. Por isso, é

preciso mencionar que, conforme a conceituação de Laplanche & Pontalis (2001, p. 277-278), mecanismos de defesa são operações ou fenômenos psíquicos em que a defesa pode ser especificada, sendo diferentes segundo o tipo de afeição considerada (tal como, o grau de elaboração do conflito defensivo), e que apresentam articulações suscetíveis de uma observação e de uma análise científica. Cabral e Lewandovski (2013), ressaltam que os mecanismos de defesa são estratégias inconscientes e involuntárias utilizadas pelo ego com fins de controle, dominação e canalização dos perigos externos e internos, de modo que, assim, se regula a homeostase psíquica. Cabe ressaltar que, estando contidos na teoria psicanalítica das pulsões, toda investigação sobre resiliência se dá através dos mecanismos de defesa para o enfrentamento de traumas, o que, não obstante, pressupõem flexibilidade de modelos de ajustamento e de manejo de tais mecanismos, seguida pela criatividade dos indivíduos nas formas de adaptação para vencer adversidades (ANAUULT, 2006).

Sendo assim, segue o quadro (Quadro 3) com as categorizações baseadas nos mecanismos identificados.

Quadro 3 – Ações pautadas em mecanismos de defesa diante de pacientes em terminalidade

CATEGORIAS	EXPRESSÕES
Sublimação	"E isso assustava, e a gente precisava agir rápido . Porque quando via que o paciente já estava evoluindo para isso, já tinha que pedir vaga na UTI (...)" (P1)
	"Então, eu tentava explicar, 'olha, preciso fazer uma avaliação, é importante titular como vai ficar a sua oxigenação, preciso orientar quais exercícios você pode fazer', a maioria não tinha conhecimento do porquê tinha que fazer fisioterapia". (P1)
	"Há momentos que você fará coisas que não foram estabelecidas para você, mas você precisa fazer . Tem paciente que está fazendo exercício e ela quer ir ao banheiro. Então, eu levo ela ao banheiro, eu ajudo ela a tirar a fraldinha, trocar a fraldinha. Não tem nada a ver comigo, eu poderia muito bem sentar essa pessoa e dizer para esperar a técnica de enfermagem chegar, 'segura aí você com seus problemas fisiológicos'. Mas não, você precisa ser humilde, 'vamos lá, te ajudo'. As vezes uma colega enfermeira precisa de ajuda, pede, e 'vamos lá, eu ajudo'". (P1)
	"Então, a gente que é fisioterapeuta passamos mais tempo com o paciente do que com o médico. Então, tentamos tranquilizar [os pacientes], explicar". (P2)
	"Eu, particularmente, [penso que] quando chegamos ao entendimento da terminalidade, que não tem mais conduta terapeuta, acho que o fator humano é maior. E o que conseguimos aliviar de dor e falta de ar... 'vamos mudar a posição, aliviar as costas', é isso que conta". (P2)
	"Quando eu percebo isso [terminalidade de pacientes], o que vai dentro de mim é: a gente fez o que podia, a termos de medicação. (...) Me sinto aliviada de ter feito o melhor que pude". (P2)
	"Mas um dia ele chega com sintomas de gripe, tem que ser entubado, aí por vezes [a entubação] falha, aí tenta de novo ". (P3)
	"(...) [A ventilação não invasiva] é um tratamento que a gente tenta . É uma opção, mas não é 100% fidedigna que dará certo". (P3)

	"Foi assim que conseguimos colocar a VNI [ventilação não invasiva] dentro do tratamento da patologia de maneira eficaz, mas ainda assim, tem pacientes que tentamos e não dá certo". (P3) "E a cada estudo ou notícia nova, tentamos proporcionar isso [os resultados desses estudos ou conclusões dessas notícias] ao paciente. É uma doença muito nova, são muitas duvidas, e realmente: a gente tenta dar o nosso melhor". (P4) "No [instituição que trabalha], eu vejo que a luta é grande para fazer com que o paciente sobreviva. E a luta é de todos os profissionais". (P4) "Mas, para eles [pacientes], eu continuava com a mesma qualidade de serviço: tentava mostrar felicidade, dizia 'tudo vai dar certo', 'o que o senhor quer comer?'. Fazia a minha parte para que eles não deprimissem tanto". (P5) "Eu sinto vontade de chorar [risos]. Só de lembrar, me dá uma tristeza (...) Mas a gente continuou, né". (P5) "Nós passamos a servir comida, os auxiliares ficaram atendendo telefone, tentando redirecionar pacientes, pegando plantão pela enfermeira. Não era nem da nossa alçada. A enfermeira serviu comida por um tempo, [porque] a copeira não podia entrar. Cada um foi fazendo o que podia. Durante um período grande. Principalmente porque não tinha EPI [Equipamento de Proteção Individual] para elas". (P5)
Intelectualização	"A gente [equipe de saúde] ainda tentava encontrar recursos [no sentido de 'pensar'] assim: 'ah, mas esse aí ainda é novo, a juventude vai ajudar, né', a gente ficava tentando encontrar algumas coisinhas que falasse assim 'ah, vai dar certo por causa desse detalhe'. Já tinha outros que a gente falava, 'meu Deus, esse aí tem tudo para dar errado, é obeso, diabético, já tem problema renal, esse daí, sei não'". (P1) "Eu penso assim : uma pessoa que morre de câncer, em geral, na maior parte das vezes, começa com alguns sintomas, procura, tem o diagnóstico, faz o tratamento ou não faz o tratamento, começa a ter contato com a possibilidade de morte a partir do diagnóstico. Mas nesse caso (Covid), não. Ela estava bem, estava trabalhando, ela tinha feito planos para aquele ano, para aquela semana. Começa com sintomas de gripe, mas não melhora. Fez planos para trabalhar, comprar uma casa, fazer tal coisa, sei lá, tem alguma coisa para fazer, e vai tudo por água abaixo". (P1) "(...) O [instituição em que trabalha] é um lugar que tem muita gente, população carente, os pacientes chegam mal. [Eu penso que] A terminalidade acaba sendo a solução . Com a pandemia, vimos que geralmente idosos (faleciam) (...), pela doença de base que tinham". (P2) "Mas as pessoas que estavam muito sofridas acabaram se livrando desse sofrimento. E nesse sentido, vejo a terminalidade com bons olhos. (...) não sei se pela minha idade. Tenho 48 anos, mas a minha conversa com a terminalidade é em outro nível." (P2) "A Peep Table era padrão 'gold', e do dia para noite começou a ser ultrapassada. Antes eram 5 litros de oxigênio, agora é 3. Nossa, como vou fazer o melhor para o paciente se o que antes tínhamos de melhor agora já não serve mais? Eu tenho 7 anos de fisio [fisioterapia], e o máximo que coloquei foram 14 litros de oxigênio, e agora, cheguei a colocar 20 litros. Pensei que eu fosse 'estourar' o paciente. Tivemos que voltar para o banco acadêmico (...)" (P3) "Aí nos 'enfiamos' em leitura . Isso melhorou a nossa conduta, nossa maneira de ver a Covid, de cuidar do paciente". (P3)
	"[A Covid-19 era] Muito rápido, era muito rápido, a velocidade com que tudo acontecia. O paciente começava em casa a ter sintomas de gripe, aí ficava assim meio ruim durante uns dias, aí apresentava falta de ar. Aí chegava no hospital de manhã com o nível de oxigenação um pouquinho baixo e a noite ele já estava intubado. Eu conversava com esse paciente, ele almoçava sentado na mesa do hospital e a noite ele estava intubado (...)". (P1) "A minha vida sempre foi em hospital pós cirúrgico, a maioria cirurgias eletivas, algumas de emergência, só. Eu via a maior parte dos pacientes indo embora bem. Com a Covid, a maioria dos casos não iam bem. No começo, a cada 10 [pacientes] intubados, 7 morriam. Os remédios não fazem efeitos, as técnicas de ventilação, também não". (P1)

Isolamento	<i>"Um paciente que já vem de um estado paliativo, que já tem um diagnóstico de uma doença terminal, é um paciente que já vem com um diagnóstico, com essa experiência, que o prognóstico não vai ser tão – como posso dizer – positivo. Agora, quando recebemos um paciente com Covid, o paciente chega falando, conversando. Pode ser cansado, mas conversa. Mas, de repente, ele piora e é intubado consciente". (P3)</i>
	<i>"(...) um câncer, por exemplo, o paciente tem o diagnóstico e tem um período para lidar com a doença, passa por exame, diagnóstico, tratamento, tem chance de ir para casa, viver com a família. Covid, não: ou você vai pra casa e fica isolado, ou não sabe o curso da doença. É muito rápido". (P4)</i>
	<i>"Eu vivenciei um jovem de 31 anos chegando na UTI com 'isso' de oxigênio [a participante fez um gesto com os dedos das mãos indicando "pequeno", "diminuto"], e se perguntando quanto tempo estaria ali. E, em questão de 4 horas, ele foi à óbito". (P4)</i>
Compensação	<i>"Quando o paciente entrava em falência múltipla dos órgãos, em pouco tempo "ele já ia". Quando chega esse momento [morte], damos conforto. Mas eu sei que tem jeitos melhores de se fazer". (P1)</i>
	<i>"Quando a pessoa ia entubar, existia um programa de visita virtual, então entrava assistente social, psicólogo, e o médico conversava: 'olha, você vai precisar ser entubado, e a gente vai cuidar de você, mas a gente não sabe quanto tempo você vai entubado. Você quer conversar com a sua família antes? '". (P1)</i>
	<i>"Aí que entra o paliativo, para dar uma morte tranquila para a pessoa. Acho que muita gente, por conta da falta de informação, acha que vai morrer com dor, ou com falta de ar. É muito complicado na pessoa. Mas se você entender que isso pode acontecer de uma maneira mais natural, isso pode colaborar com esse processo todo". (P2)</i>
Racionalização	<i>"A gente vê essa pessoa sendo intubada. E como eles não tem contato com a família, a gente faz uma vídeo chamada [com a família] antes de intubar". (P3)</i>
	<i>"A diferença é que assim: sempre houve terminalidade. Mas a Covid está levando a culpa. Alguém precisava de um 'bode expiatório para por a culpa'. Agora a culpa é da Covid. Ninguém vê a qualidade de vida que não existia. É como se a Covid fosse o 'bicho ruim' que fosse levar todo mundo embora. O que já se tinha? Já não se tinha muita coisa". (P2)</i>
	<i>"(...) parece clichê mas é verdade: doenças graves e terminalidade sempre existiram. Hospitais públicos com deficiência de materiais, ventilador e medicação, sempre existiram. E de repente, ninguém havia olhado para isso de forma a acrescentar ou melhorar toda essa estrutura de saúde. Aí veio a Covid, e tudo emergiu. Tudo ficou na conta do Covid. Ficou a impressão que o hospital sempre teve vaga e a gora lotou. Não. Sempre foi ruim". (P2)</i>
Negação	<i>"Se ele (médico) fala: 'se parar, não reanima', não vai reanimar (...) Por mais que tenhamos argumentos, se ele falar 'tudo bem', você faz; se ele falar para não fazer, não faz. (...) Essa parte de poderes dentro do poderes é uma questão muito sensível". (P2)</i>
	<i>"Eu tenho esse hábito: 'bom dia seu fulano, a família tá vindo ou não está podendo. A família disse para ficar tranquilo que tá tudo bem'. A gente até dá uma 'mentidinha' [risos]. Mas se algumas forem [ditas], parece que dá uma amenizada. Não sabemos até que ponto [o paciente ouve]. Mas na dúvida, não cai a língua de ninguém dizer isso, e se ele ouve a 'luizinha' no fim do túnel, sempre vale a pena". (P2)</i>

Nesse sentido, se faz importante as definições dos mencionados mecanismos de defesa categorizados, sob a forma como foram compreendidos. Isso é importante, em especial, para melhor elucidação dos critérios adotados:

Sublimação: Consiste na mudança de uma pulsão para uma outra, designando mudança de meta, troca de objeto ou o que valha para fim de autoconservação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 283). Freud o descreveu como sendo, principalmente, desvio para atividades artísticas e intelectivas (IBIDEM, 2001, p. 495). Nesse sentido, através do Quadro

3, pode-se observar a prevalência da conjugação do verbo “tentar”, bem como, demais núcleos que reforçam a ideia de ações persistentes por parte dos profissionais de saúde, direcionadas ao trabalho (em especial, ao tratamento de pacientes e diversas tentativas de mantê-los vivos). Ou seja, quanto mais intensos os aspectos contratransferenciais, parece também ter havido maiores tendências ao alívio através do próprio trabalho. Modo outro, seria difícil pensar que diante as angústias que o contexto emergente traz, os participantes se satisfizessem por nada fazerem – mas, o que se mostra, é justamente o oposto. Nesse caso, é evidente que as expressões que revelam a sublimação estão não apenas ligadas ao aspecto da resiliência (a qual, conforme já posto, é intimamente ligada aos mecanismos de defesa), mas, em especial, se mostram como contraponto da impotência. Outrossim, de todas as defesas observadas, a sublimação parece ser a mais saudável por ser produtora, onde os participantes demonstraram persistência nas tentativas de enfrentamento aos desafios e, ao mesmo tempo, capacidade de reconhecimento de limites.

Intelectualização: Processo em que o indivíduo realiza formulação discursiva aos seus conflitos e às suas emoções, de modo a dominá-los e, então, mantendo seus afetos à distância e os neutralizando (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 242-243). Assim, a prevalência observada foi do verbo “pensar”, seguido de demais que também remetessem a opiniões próprias a partir da concatenação de ideias, bem como, de núcleos que contextualizaram a própria tendência a recursos intelectivos. Não obsteu dúvidas que, dessa forma, os participantes buscaram atribuir sentido a um contexto relativamente novo e que traz consigo a rapidez da evolução dos mesmos casos (advento, o qual, aliás, também é representado em demais expressões, com sentido elaborado, também, por demais mecanismos de defesa).

Isolamento: Mecanismo que consiste em isolar um pensamento e/ou comportamento, de forma que suas conexões com o resto da existência do indivíduo ficam rompidas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 258). Na prática, se observam discursos estritamente descritivos nas expressões, de modo que nenhum afeto foi aflorado diante das narrativas.

Compensação: Baseado em Anna Freud (2006, p. 67), a compensação seria uma tentativa para dominar a totalidade de uma angústia aguda, intranquilidade ou resíduos de dor. Na maioria dos casos reportados no quadro (Quadro 3), observa-se que o processo de terminalidade, por vezes, se deu durante a intubação, de maneira que, antes do procedimento ocorrer em razão da gravidade do quadro clínico, eram oferecidos aos pacientes o contato remoto com a família antes da submissão. No mais, em casos de óbito, restou o conforto por parte dos profissionais de saúde. Para ambos os casos, o que se vê é que tanto em contato remoto como em conforto *post mortem*, não há a satisfação almejada (que seria aquela

advinda da sobrevivência do paciente), no entanto, se buscou compensação por esses recursos, através da tentativa de domínio da angústia, certamente, sofrida.

Racionalização: Diferentemente da intelectualização, a racionalização é mecanismo que não implica na evitação sistemática dos afetos, mas que busca atribuir, a estes, motivações mais plausíveis do que necessariamente verdadeiras (ainda que possam ser e, tendencialmente, são verdadeiras), propiciando justificativas de ordem racional ou ideal (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 243-244). De maneira que, nas sentenças, foram observadas concatenações lógicas, as quais, advém de teores fatídicos e inquestionável, e não de opiniões próprias. A título de exemplo, conforme colocou o participante (P2), de fato, a terminalidade é um fator que sempre existiu – e, a partir daqui, busca justificar a sua forma de lidar com o contexto de terminalidade na covid-19.

Negação: Mecanismo pautado na tentativa de não aceitação do mal-estar, o qual, segundo Anna Freud (2006, p. 71), pode-se tratar de inversão dos fatos reais ao seu oposto, empregado sempre que é impossível evitar uma impressão dolorosa externa. Ao mesmo tempo, sem a necessidade de descrita inversão, também pode designar a elaboração de desejos, pensamentos ou sentimentos recalcados, enquanto há persistência em defender-se desses (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 293), através de amenizações. Na tabela em questão, observa-se o uso de tal mecanismo através da mentira, sendo aplicada, mesmo que através da boa vontade, para evitar sofrimento maior por parte do paciente.

Não obstante, sob os mesmos critérios é possível observar abaixo (Quadro 4) os mecanismos de defesa emergentes em profissionais de saúde na relação com familiares:

Quadro 4 – Ações pautadas em mecanismos de defesa diante de familiares enlutados

CATEGORIAS	EXPRESSÕES
Negação	"Para as pessoas que não tinham muito conhecimento eu já tentava ser um pouquinho mais, ah, mais esperançosa: 'ele está num bom hospital, tá sendo bem cuidado, que bom que conseguiu vaga', tentava apontar para esses lados; para quem era da área da saúde, não que eu perdesse esperança. Eu mantinha a esperança, mas falava 'olha, essa situação, você sabe que a situação no exame tinha que estar assim, mas tá assado. Você sabe que é complicado depois que intuba, a gente não sabe direito o que vai acontecer'". (P1)
	"(...)cabe a nós passarmos uma esperança: 'não, vai ficar tudo bem, ele vai ficar com a gente, vamos fazer o máximo'. A gente sabe que na maioria das vezes não é o que acontece, mas é nosso papel. Não adianta eles ficarem em pânico em casa". (P3)
Compensação	"As vezes emprestamos o celular, fazemos chamadas de vídeo, e [com esses elementos] conseguimos dar para essa família um pouco de conforto". (P4)
Racionalização	"As vezes as pessoas vieram com esse relato, 'estou há 5 dias sem notícias', mas era por falta deles [profissionais de saúde]. Estavam sobrecarregados, não tinha gente suficiente para ajudar". (P5)
Sublimação	"Eu faço tudo o que eu posso. Sou nutricionista, levo o familiar ate onde ele precisa, levo água (nem posso fazer isso), tento pegar no colo. É uma informação que precisa, ai eu digo 'calma, o horário do boletim é X hora, já vem alguém aqui falar'. Eu estou fazendo o máximo que eu posso para poder ajudar". (P5)

Comparado ao quadro anterior (Quadro 3), pode-se observar no quadro presente um número diminuto de categorias e expressões direcionadas em relação aos familiares. Conforme já apontado na análise do Quadro 2, novamente, isso parece corroborar com a ideia de que o foco do tratamento de saúde ainda não engloba (ao menos, integralmente, se não, ao máximo, parcialmente) os familiares.

Nesse sentido, se observa a importância na análise conjunta dos Quadros 1 e 3 (referentes aos pacientes), tal como a dos Quadros 2 e 4 (referentes aos familiares). De maneira que, como conclusão, se compreende a identificação como reação mais comum entre os profissionais de saúde em relação aos pacientes em terminalidade e seus familiares. Em comum, tal reação é acompanhada de desespero, tristeza e empatia – destacando que, no entanto, demais reações (em gerais, negativas) são vistas em maiores proporções em relação aos pacientes (tais como angústia, medo, sofrimento, etc.). Como efeito, sobre os pacientes, foi possível observar outros mecanismos de defesa advindos dos participantes do que em relação aos familiares – muito embora, para ambos, tenha se percebido que tais manifestações são forma concebidas de lidar com a terminalidade no contexto pandêmico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe assumir que a amostra dos participantes é pequena, porém, assim foi definida a fim de melhor qualidade das análises de conteúdo. Ainda assim, foi possível observar que profissionais de saúde são diretamente afetados por situações de terminalidade de pacientes e pelo trato com familiares enlutados, em especial, no contexto pandêmico. De maneira que essa pesquisa mostrou existir a necessidade da preparação técnica de profissionais de saúde na intervenção de processos de morte (e não apenas sobre a reabilitação da saúde), bem como, a necessidade dos trabalhos psicológicos para melhor enfrentamento dos desafios – e tamanha demanda seguirá sendo importante, afinal, se por um lado, em algum momento a pandemia passará, por outro, mortes continuarão acontecendo (seja por quaisquer razões).

Portanto, percebe-se a importante contribuição que modelos de trabalho na perspectiva psicológica – tal como, os grupos Balint, que pressupõem participação grupal e multidisciplinar – podem ofertar nos cuidados dos profissionais de saúde, em especial, no contexto hospitalar. Observar óbitos frequentes, ainda que parte da rotina laboral (e, em especial, em grande escala, como no caso da covid-19), pressupõe manejo técnico não apenas com fins de reabilitação da saúde ou sobrevivência de pacientes, mas, também, para o trato com o processo da morte e os cuidados com os familiares enlutados. No mais, entende-se a importância de tal trabalho para que a forma de elaboração própria possa se dar de maneira saudável, fortalecendo não tão só a esfera psicológica do profissional, mas, em

especial, do ser humano que ocupa tamanha função. Nesse sentido, é que se incentivam demais pesquisas dessa natureza com a finalidade de apontar o importante e necessário trabalho do profissional psicólogo em instituições de saúde e, em específico, sob contextos de terminalidade e luto.

6. REFERÊNCIAS

ANAULT, M. La résilience au risque de la psychanalyse ou la psychanalyse au risque de la résilience. In: B. Cyrulnik & O. Durval (Orgs), *Psychanalyse et Résilience*. Paris: Odile Jacob, 2006.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Tradução de: Roberto de Oliveira Musachio. (Trabalho original publicado em 1957).

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Almedina Brasil, 2016. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.

BRANDT, Juan Adolfo. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 199-208, dez. 2009a. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 ago. 2021.

CABRAL, Stela Araújo; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 42-55, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-47142013000100004>.

CAVALCANTE, João Roberto; CARDOSO-DOS-SANTOS, Augusto César; BREMM, João Matheus; LOBO, Andréa de Paula; MACÁRIO, Eduardo Marques; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de; FRANÇA, Giovanny Vinícius Araújo de. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 327-345, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zNVktw4hcW4kpQPM5RsqXz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021.

DOKA, Kenneth. **Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow**. Nova York: Lexington Books, 1989.

FERENCZI, S. **Confusão de língua entre os adultos e a criança**. In: Obras completas de Sándor Ferenczi, v. 4, pp. 97-106. São Paulo: Martins Fontes, 1992 (Trabalho original publicado em 1933)

FREUD, S. **As neuropsicoses de defesa**. Obras completas, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1894)

INGRAVALLO, Francesca. Death in the era of the COVID-19 pandemic. **The Lancet Public Health**, [S.L.], v. 5, n. 5, p. e258, maio 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30079-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30079-7). Acesso em: 19 ago. 2021.

KELNER, Gilda; FILGUEIRA, Norma; BOXWELL, Suzana; BOUWMAN, Marcelo. Começa tudo outra vez... **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 289-300,

dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982003000200007>. Acesso em: 19 ago. 2021.

KOVÁCS, Maria Júlia **Morte e desenvolvimento humano** / Maria Júlia Kovács coordenadora. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes, - São Paulo : Martins Fontes, 1981.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PARKES, Colin Murray. **Luto: Estudos Sobre A Perda Na Vida Adulta**. Ed. Summus: São Paulo, 1998

THOMAS, Niku K.. Resident Burnout. **Jama**, [S.L.], v. 292, n. 23, p. 2880, 15 dez. 2004. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>. Acesso em: 19 ago. 2021.

VARGAS, Ciro Maguiña; ACOSTA, Rosy Gastelo; BERNILLA, Arly Tequen. El nuevo coronavirus y la pandemia del covid-19. **Revista Medica Herediana**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 125-131, 31 jul. 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>. Acesso em: 19 ago. 2021.

WALLACE, Cara L.; WLADKOWSKI, Stephanie P.; GIBSON, Allison; WHITE, Patrick. Grief During the COVID-19 Pandemic: considerations for palliative care providers. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 60, n. 1, p. e70-e76, jul. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>. Acesso em: 19 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Novel coronavirus China: disease outbreak news**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>. Acesso em: 19 ago. 2021.