

A TERAPÊUTICA DA PALAVRA: A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA E DA NARRATIVA EM CONTEXTOS DE GRANDES EMERGÊNCIAS

Júlia Gaertner Geyer ¹

¹Hospital de Aeronáutica de Canoas, Força Aérea Brasileira

Correspondência

Júlia Gaertner Geyer
Av. Bagé, 700, apto 301, Petrópolis, Porto Alegre-RS
jugeyer@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste artigo é abrir espaço para as discussões sobre os impactos emocionais que situações de catástrofes coletivas e emergências podem causar em militares da saúde, bem como a potência reparadora de um momento de fala e de escuta destas experiências. A importância deste estudo se deu a partir de uma abertura do Hospital de Aeronáutica de Canoas para um espaço de cuidado, de narrativas de sofrimento e pontos de ancoragem dos militares que estavam vivenciando o trabalho diário em um hospital de campanha de triagem de pacientes com sintomas da COVID-19. Verificou-se que quando a instituição de saúde considera a complexidade da realidade vivida pelos seus profissionais na ação do cuidado, principalmente em situações radicais como uma pandemia ou grande catástrofe, leva-se em conta a pessoa do militar e não apenas a sua função profissional. Com isso, oferta-se uma ferramenta simples de cuidado, porém carregada de um grande valor e complexidade que é a possibilidade de uma narrativa.

Palavras-chave: Emergências, COVID-19, Escuta, Narrativa, Militares da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Seja pela incessante contagem televisionada do número de mortos ou pelo medo da perda da própria vida e daqueles que se ama, uma pandemia como a do COVID-19 opera, em diversos psiquismos, uma constante e incessante imagem mortificante. O medo de ser contagiado ou contagiante, retira das ruas pessoas que já estranham e sofrem pela impossibilidade de estarem juntas, uma vez que a união no enfrentamento da doença é a paradoxal separação.

Em um contexto como este perde-se muito, mesmo que ainda não estejamos falando da morte. Perde-se o contato, o abraço, a rotina, o tempo, os rituais de passagem, o emprego, a vida como ela era antes ou até mesmo ela própria. E neste cenário de catástrofe mundial, na qual recaem sobre as pessoas uma situação inesperada e que desorganiza vidas de forma violenta, transbordam afetos como a angústia. Esta pode ser desencadeada diante do sentimento de caos, de ameaça da vida e da incerteza do desconhecido dia de amanhã. Soma-se a isso a sofrida imposição de uma quarentena, em alguns casos solitária e em outros, impossível de ser realizada.

2 OBJETIVOS

Com isso, o objetivo deste artigo é abrir espaço para as discussões sobre os impactos emocionais que situações de catástrofes coletivas e emergências podem causar em militares da saúde, bem como a potência reparadora de um momento de fala e de escuta destas experiências. A importância deste estudo se deu a partir de uma abertura do Hospital de Aeronáutica de Canoas para um espaço de cuidado, de narrativas de sofrimento e pontos de ancoragem dos militares que estavam vivenciando o trabalho diário em um hospital de campanha de triagem de pacientes com sintomas da COVID-19.

3 DESCRIÇÃO

Durante as epidemias, o número de pessoas afetadas na sua saúde mental tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela doença. Desastres anteriores mostraram que as afetações psíquicas decorrentes destas vivências podem ser mais intensas e duradouras do que a própria epidemia. Os impactos psicossociais e econômicos destas podem ser de grande tamanho quando se leva em consideração a sua ressonância em diversos contextos [1].

A trajetória percorrida pelo vírus, após invadir o corpo humano, já foi rapidamente mapeada e muito se estuda a respeito. Os danos físicos são inegáveis e, em alguns casos, nefastos, causando a paralisação dos órgãos como os pulmões, rins e coração. O temor de uma insuficiência respiratória inscreveu inúmeros países na corrida desesperada por respiradores, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), contratação de um número maior de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. No entanto, muito pouco se fala sobre as paralisações e insuficiências psíquicas que uma pandemia como essa pode causar nas pessoas, nas famílias, nos trabalhadores da saúde e na sociedade em geral. É inegável o dano emocional causado por momentos históricos e intensos como esse, e é necessário pensar quais são as ferramentas e tecnologias de saúde mental que também precisamos adquirir (ou simplesmente possibilitar) para viabilizar uma reorganização psíquica e simbólica daqueles que sofrem.

Segundo a Cartilha de Recomendações Gerais em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2020, inúmeros sentimentos podem ser despertados durante a experiência de uma pandemia, como a impotência, a irritabilidade, a angústia, a tristeza, o desamparo, os medos, entre outros. Entretanto, caso não seja elaborada nenhuma intervenção de cuidado e de escuta, estima-se que entre um terço e metade das pessoas expostas a este tipo de vivência podem vir a manifestar algum tipo de sofrimento psicopatológico ou evoluções para sérios transtornos emocionais [2].

Para entender os efeitos de uma pandemia na saúde mental de algumas pessoas é necessário resgatar a noção de trauma psíquico. Em 1920, quando Freud iniciou seu trabalho de escuta clínica com soldados egressos da 1ª Guerra Mundial, percebeu que o sofrimento destes era ocasionado por um trauma psíquico resultado de um choque violento e de uma situação imprevista que colocava a vida daquela pessoa em risco. O temor do desconhecido e o medo de aniquilamento despertava naqueles soldados sentimentos de intensa angústia que impediam o aparelho psíquico de processar e elaborar o vivido [3].

No texto freudiano além do Princípio do Prazer de 1920, escrito após esta experiência clínica com soldados, Freud descreve, através de uma metáfora, como funciona o sistema protetivo do aparelho psíquico. Ele utiliza o modelo da vesícula viva como um aparelho aberto e protetor das excitações que ingressam no psiquismo. Para o autor, o trabalho de metabolização de tudo aquilo que ingressa neste aparelho é realizado por esta “vesícula”. Sendo assim, a partir de 1920, Freud descreve que um evento traumático ocorre quando as intensidades das excitações vindo do mundo externo ultrapassam as condições internas de elaboração. Observa-se, portanto, que no modelo proposto há uma inter-relação econômica entre as intensidades e excitações que adentram o aparelho, e os recursos existentes para metabolizar o excesso da experiência [3;6].

A partir desta linha de pensamento há de se levar em conta a estrutura psíquica singular de cada pessoa e seus recursos de metabolização durante a vivência de um evento de intensidades como, por exemplo, uma pandemia. Ou seja, o trauma não é o evento em si, mas a forma como um evento disruptivo incide sobre aquele indivíduo. É o fator constitucional, ou a suscetibilidade da pessoa ao trauma, somado a um acontecimento externo que possibilita o trauma psíquico. Com isso, queremos dizer que o trauma é o somatório das marcas de intensidades já vividas anteriormente com um evento externo e real de grande mobilização e intensidade [4].

Sendo assim, tempos de catástrofes coletivas, pandemias ou grandes emergências são tempos propícios para desencadeamentos de transtornos emocionais, pois podem ecoar catástrofes individuais anteriores. Para Maia[5], um evento traumático patológico ocorre quando “se percebe estados de angústias devastadores que, ao invés de levar o sujeito a uma mobilização contra o perigo que o ameaça (seja ele interno ou externo) fazem-no, ao contrário, sucumbir a uma completa paralisação dos processos subjetivantes”. Logo, tudo aquilo que é excessivo perfura o psiquismo devido a invasão de cargas de intensidades provocadas pelo choque com a realidade de um evento traumático e acaba por impedir o aparelho de funcionar com todas as suas capacidades. Este influxo de excitação impossibilita o aparelho psíquico de traduzir, dominar e elaborar uma situação abrupta.

Em outras palavras, podemos dizer que esta excitação se manifesta como uma intensa angústia que desnorteia a pessoa, fazendo com que ela perca suas referências, dificultando o processo de pensamento, de decisão e até de ação. É uma verdadeira paralisação

psíquica com uma possível ruptura com a realidade, desorientando e destruindo construções simbólicas.

Esta avassaladora angústia, na sua grande maioria, surge a partir do medo do aniquilamento de si ou de outros que a representação da morte pode causar. As experiências com egressos da guerra, desastres, catástrofes coletivas e pandemias têm em comum este mesmo medo, fazendo girar imagens mortíferas. Em alguns casos fantasmáticas, em outros reais. No entanto, há um outro espaço onde a morte perambula pelos corredores e se alia em um conluio de extrema angústia com o excesso da carga de trabalho, com a exigência de uma performance elevada e com a necessidade de tomadas rápidas de decisões: os hospitais.

Embora as áreas da medicina e da enfermagem sejam extremamente ágeis na elaboração de protocolos e tecnologias de cuidado, a maioria não é treinada e não possui equipes especializadas para pensar ferramentas e possibilidades do cuidado com a própria saúde mental. Estudos anteriores relataram altas taxas de sintomas de ansiedade e estresse, além de transtornos mentais, nas equipes de saúde [1]. Estes dados nos mostram a importância de possibilitar espaços de cuidado com o cuidador, pois não há eficácia na assistência se temos uma paralisação psíquica em quem é responsável pela vida de outros.

Soma-se a estes locais de vivências diárias de intensidade, o trabalho específico de um militar profissional da saúde. Kegler e Macedo [6] escrevem que os militares são profissionais que carregam em suas atividades rotineiras uma carga de exigências causadoras de sofrimento psíquicos, tais como: exigência do estado de prontidão, necessidade de resposta rápida, eficiência na tomada de decisão, contato com doenças infecciosas, mortes, privação do sono, acidentes com colegas de trabalho, entre outros.

Para as autoras, os militares da área de saúde compõem um quadro de profissionais que, além de serem exigidos a cumprir todas as prerrogativas do perfil e do trabalho militar, têm na sua rotina a exigência da alta performance para o cuidado com a saúde e o salvamento de vidas. Todos esses fatores, quando ocorrem dentro de um cenário de desastre, pandemia ou emergência, acompanham altas demandas psíquicas, as quais incluem a expectativa de corresponder à eficiência militar para qual são treinados e atentar para a sobrevivência das vítimas que venham a socorrer. Ou seja, o constante estado de alerta, a violência das cenas, a exigência de habilidades, rapidez e a responsabilização da assistência pela vida das pessoas,

podem constituir vivências possivelmente traumáticas para estes profissionais.

Kegler e Macedo escrevem:

“... a ausência de espaço para a expressão de sofrimentos, decorrentes da imposição de uma performance profissional própria ao ambiente militarizado, pode se caracterizar como relevante causa de padecimentos psíquicos. Logo, a oferta de escuta ao sujeito trabalhador é um importante fator de promoção de cuidado direcionado também à saúde psíquica destes profissionais”⁶

Na mesma linha de preocupação, ao vivenciarem o cenário caótico específico da pandemia de COVID-19, Xiang et.al [7] sugerem alguns fatores importantes para o desenvolvimento de estratégias de saúde mental, tais como: formular equipes multidisciplinares de saúde mental que possuam profissionais como psiquiatras, enfermeiros de saúde mental, psicólogos; informar de forma clara e precisa sobre o surto da COVID-19 em meios de comunicação de fácil acesso; e oferecer serviços seguros de escuta psicológica.

Estes importantes estudos fizeram com que a equipe de psicólogas do Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO) se mobilizasse com a rapidez necessária a fim de organizar um espaço acolhedor de escuta e de possibilidades de narrativas a todos os profissionais que seguiam oferecendo a assistência em saúde à pacientes infectados ou não. A abertura para este momento de apoio emocional não estava direcionada apenas às equipes com o envolvimento direto com o vírus. Entendia-se que no exercício profissional dentro de um hospital, onde o isolamento social se faz impossível, o mais simples manejo de corpos já era suficiente para emergir sentimentos como angústia e o medo de perder a própria vida ou de carregar para dentro dos lares uma doença que podia ser letal. Além disto, os profissionais de saúde que mantiveram seus hábitos e cargas de trabalho inalteradas ainda precisavam dar conta de uma nova rotina familiar que uma quarentena, fechamento de comércio e escolas impõe.

Com este cenário, a Seção de Psicologia ocupou-se em fazer-se presente, mesmo que de forma virtual, a todos os militares de saúde do hospital. Uma rede de contatos foi sendo acionada a partir de chefes de seção e militares estratégicos a fim de que todos soubessem que as psicólogas do HACO estavam disponíveis, especialmente aos profissionais de saúde. Para que a informação atingisse um maior número de militares, inúmeras estratégias de comunicação foram realizadas: contatos telefônicos com os chefes de equipe, divulgação no site institucional e *flyers* disparados via *WhatsApp* através da cadeia de comando. Outra medida importante na mitigação do estresse e nos

efeitos de intensidades que o momento pudesse causar, foi a divulgação de informações seguras e claras em relação ao vírus, tanto na sua forma de contaminação e sintomas como nas consequências emocionais de uma pandemia.

Ao longo das primeiras semanas de enfrentamento do vírus, o HACO foi unindo esforços e expertises para que estivesse preparado e de prontidão para o pior dos cenários. Com este fim, montou-se um hospital de campanha, no qual os pacientes que estavam apresentando a sintomatologia suspeita pudessem ser triados, orientados ou testados para a doença. Junto destas barracas, organizou-se uma equipe de militares técnicos de enfermagem que, através de uma escala de trabalho, seriam aqueles que fariam a linha de frente nesta batalha.

Uma vez que se lidava com um vírus ainda não mapeado, bem como com a realidade de uma pandemia que era estrangeira a todos, as diretrizes precisavam ser formuladas e organizadas. Neste momento incipiente, as informações e fluxos de trabalhos ainda estavam sendo estruturados, assim como as medidas de controle de infecção e protocolos de saúde. No entanto, independentemente se estavam em processo de organização para enfrentar uma pandemia, a equipe de técnicos de enfermagem já estava de prontidão, diariamente, aguardando e recebendo os pacientes, assim como possíveis novas informações. Ao longo deste período de estruturação do serviço de triagem, algumas diretrizes mudaram, outras permaneceram. A infraestrutura do local foi sendo adequada para aquele serviço, assim como definições de carga horária e número de militares por turno foram sendo ajustados. Definiu-se que uma vez chegando no seu posto de trabalho, aquele militar de saúde não podia mais sair e nele permanecia por 12 horas.

As psicólogas do HACO, que já estavam ocupadas em pensar a saúde psíquica dos militares, perceberam que dentro daquelas barracas de triagem podiam circular, além do vírus, moções de angústia, medo e desamparo. Se dali os militares não poderiam sair durante o seu turno de trabalho, uma vez que deveria se levar em consideração o alto risco de contaminação, como pediriam ajuda? Lembrando do que escreveram Kegler e Macedo, sobre a exigência de alta performance no ambiente militar versus as demandas emocionais que dele decorrem, era necessário construir pontos de referência a estes militares de uma maneira em que o reconhecimento da afetação e do sofrimento pudesse ser realizado [6]. Sendo assim, a via de oferta do cuidado se deu pela busca ativa daquela equipe. Com a autorização das devidas chefias, organizou-se uma rede de apoio, e as

primeiras sessões foram sendo agendadas, uma a uma, com todos os militares técnicos de enfermagem das barracas de triagem.

A partir destes momentos de escuta, evidenciou-se a importância da abertura ao diálogo, bem como da Instituição viabilizar espaços como estes aos militares profissionais de saúde que trabalham com situações de desastres e calamidades. Esta modalidade de intervenção terapêutica é fundamental em casos de grandes desastres, pois facilita o processo de reorganização psíquica e simbólica, assim como possibilita o atravessamento da sensação de vazio, desamparo e angústia. A contenção narrativa da palavra e do acolhimento criam novos caminhos e retiram o sujeito de uma possível paralisação psíquica.

Macedo e Falcão acreditam que a fala de sentimentos e o compartilhamento de emoções têm uma dupla função. Primeiramente, produz um efeito de descarga e posteriormente viabiliza associações, permitindo uma saída da condição traumática através da busca de sentidos do vivenciado. É justamente esta saída, através da narrativa do experienciado, que retira o sujeito de uma possível passividade e enclausuramento da angústia e o mobiliza a uma postura ativa frente ao impacto do excesso [8].

Sendo assim, a segunda função da palavra tem o objetivo de fazer uma “sutura psíquica”, alinhando a soltura da angústia e ligando a pessoa novamente a sua vida. Se a angústia e o trauma podem tirar a conexão do sujeito com o mundo, o primeiro passo é fazer a conexão deste com a sua vida e isso só é possível através de intervenções psíquicas [9].

Logo, quando a instituição de saúde considera a complexidade da realidade vivida pelos seus profissionais na ação do cuidado, principalmente em situações radicais como uma pandemia ou grande catástrofe, leva-se em conta a pessoa do militar e não apenas a sua função profissional. Com isso, oferta-se uma ferramenta simples de cuidado, porém carregada de um grande valor e complexidade que é a possibilidade da construção de uma narrativa. Como consequência, o cuidado e a atenção ao cuidador resultam apenas em benefícios para a instituição. Se estamos falando de trabalhadores da saúde, o cuidado com o paciente também acontece através do cuidado com o profissional, pois para que haja a assistência rápida e eficaz há de se retirar o cuidador do aprisionamento da angústia.

Para que o militar de saúde possa emergir em sua emergência, seja ela qual for, há de se apostar na terapêutica da palavra. Esta que resgata o subjetivo, a pessoa, seus

sentimentos e seus sentidos.

REFERÊNCIAS

- 1) Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medos e COVID-19: impactos na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista Debates in Psychiatry*. 2020 Abr/Jun;(2):2-7.
- 2) Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: recomendações gerais. 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
- 3) Freud S, Além do Princípio do Prazer. Em: Freud S. Obras Completas, Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupos e Outros Trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1920. p. 13-75.
- 4) Bleichmar S. Psicoanálisis extramuros: puesta a prueba frente a lo traumático. Buenos Aires; 2010.
- 5) Maia MS. Extremos da alma: dor e trauma na atualidade da clínica psicanalítica. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2005.
- 6) Kegler P, Macedo MMK. Catástrofes e atuação militar: a subjetividade e a realidade traumática. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2016 16(3): 953-971.
- 7) Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; Mar; 7:228-229.
- 8) Macedo MMK, Falcão CBN. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*. 2005; Jan/Jun; 9(15): 65-76.
- 9) Ratti FC, Estevão IR. Violência, acidente e trauma: a clínica psicanalítica frente ao real da urgência e da emergência. *Ágora*. 2016; set/dez; 3(19): 605-619.