



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E  
CULTURA**

**MARIANA DE SOUSA E SILVA**

**A escuta psicanalítica no serviço de saúde mental em tempos de Covid -19: Um  
estudo exploratório da experiência de Brasília-DF e de Rouen-FR**

**BRASÍLIA**

**2023**

**MARIANA DE SOUSA E SILVA**

**A escuta psicanalítica no serviço de saúde mental em tempos de Covid -19: Um estudo exploratório da experiência de Brasília-DF e de Rouen-FR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Cristina Tarouquella  
Brasil  
Coorientadora: Prof. Dra. Eliana Rigotto Lazarinni

**BRASÍLIA**

**2023**

**Declaração de conflito de interesses**

A autora declarou não haver potenciais conflitos de interesse em relação à pesquisa, autoria, e / ou sua publicação.

**Financiamento**

A autora recebeu bolsa de pesquisa da FINATEC para pesquisa, autoria e/ou publicação deste trabalho.

**MARIANA DE SOUSA E SILVA**

**A escuta psicanalítica no serviço de saúde mental em tempos de Covid -19: Um estudo exploratório da experiência de Brasília-DF e de Rouen-FR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

---

Profa. Dra. Katia Cristina Tarouquella Brasil – Presidente  
Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dr. Didier Hubert Yves Drieu – Membro externo  
Université de Rouen Normandie

---

Prof. Dra. Márcia Cristina Maesso – Membro interno  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dra. Viviane Legnani – Membro suplente  
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, 15 de dezembro de 2023

Dedico a todos aqueles que se afetaram com a pandemia da covid-19.

Aos que sofreram intensamente pela dor do vazio.

Do vazio no prato, no bolso.

Do vazio de esperança e de existência.

Do vazio da morte.

Dedico também àqueles que sustentaram uma escuta atenta e se colocaram a acolher o vazio de um mundo todo.

Agradeço o percurso até aqui.

Aos que vieram antes de mim, que abriram caminhos.

Aos contemporâneos, que partilham a jornada.

Aos que virão em continuação.

À minha orientadora, prof. Dra. Katia Brasil, obrigada pela aposta, confiança e incentivo firme. Obrigada pela generosidade na sua parceria.

Ao Grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Pandemia, obrigada pelo trabalho intenso e consistente.

Aos profissionais, por me doarem em seu tempo a confiança de seus relatos.

À prof. Dra. Eliana Lazarinni, pelo suporte e contribuições.

Ao prof. Dr. Didier Drieu, por me abrir fronteiras e à profa. Dra. Teresa Rabelo, por auxiliar para que fosse possível adentrá-las, *merci*.

À Kéren Alcântara, que na partilha da caminhada, sempre foi incentivadora e se colocou em ser lar enquanto estive longe de casa.

À Adriana Canut, pelos anos de escuta que me permitem me sustentar.

À Fernanda Samico, por me mostrar que o ofício pode ser mais leve e divertido.

À Diane Pereira e Ana Carolina Sousa, pelo amor e apoio imensurável.

Àqueles muitos, que foram guardadas e impulso nos momentos de renúncia.

Obrigada.

## **Apresentação**

Este trabalho é fruto de inquietações e de curiosidade. A pandemia que iniciou em 2020 arrebatou o mundo inteiro, observei que para além da realidade que o vírus colocava para o mundo, questões acerca da existência e da escassez era angustiante para muitos. Nos meios de comunicação era possível ver a política brasileira tratando a pandemia com banalidade enquanto a saúde de todo um país lutava contra milhares de mortes diárias.

Na minha prática clínica, a angústia em perceber que a vulnerabilidade deixava os sujeitos com menos recursos para enfrentar um período mundialmente delicado me fez questionar como seria possível acompanhá-los. Com isso, surgiu a curiosidade de conhecer o que pôde ser feito pelos colegas, trocar com aqueles que, assim como eu, se viram na necessidade de se reinventar no espaço em que estão inseridos.

Com o intuito de manifesto, este trabalho reforça a importância e os efeitos de um discurso de referência consistente e seguro em momentos de instabilidade social, bem como visa traçar as possibilidades de criação e adaptação da clínica a fim de acolher demandas de saúde mental frente a situações catastróficas.

Entrego este trabalho para que possam utilizá-lo como um início de uma produção frente ao ocorrido nesse período pandêmico e com porta aberta para ser corrigido, questionado e desconstruído na missão de se repensar a prática clínica em saúde mental e dar lugar ao sofrimento trazido pela vulnerabilidade, sendo subsídio para cobrança e luta enquanto profissionais e cidadãos.

De Sousa e Silva M. (2023). *A escuta psicanalítica no serviço de saúde mental em tempos de Covid -19: Um estudo exploratório da experiência de Brasília-DF e de Rouen-FR*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

### **Resumo**

O presente trabalho buscou identificar os impactos nos serviços de saúde mental frente à nova realidade imposta pela pandemia da COVID-19, colocando em discussão como a escuta psicanalítica nos serviços de saúde realizou o acolhimento do sofrimento psíquico durante a pandemia e como que se deu essa experiência. Para o estudo foram utilizados os métodos qualitativos de pesquisa por meio do diário de campo e entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham em rede de atenção à saúde mental. A análise do material da pesquisa foi realizada pelo método de análise temática. A pesquisa se concretiza com a produção de dois manuscritos. O primeiro, intitulado “Repercussão da Pandemia nos Serviços de saúde mental”, objetiva identificar como se deram os impactos da pandemia nos serviços de saúde mental e se divide em duas categorias de análise, a primeira categoria irá analisar o impacto da pandemia em relação ao agravamento dos quadros clínicos de saúde mental a partir de três temáticas: (a) os sintomas apresentados; (b) o agravamento e crises dos quadros clínicos já existente e (c) evasão do CAPS devido aos sintomas; e a segunda categoria buscará analisar o impacto da pandemia na criação de dispositivos clínicos, com duas temáticas: (a) atividades desenvolvidas: do atendimento ambulatorial a criação de novos dispositivos clínicos e (b) os efeitos sobre o tratamento dos usuários e na atuação dos profissionais. O segundo manuscrito da pesquisa, intitulado “Escuta psicanalítica em tempos de pandemia: Um estudo explanatório dos serviços de saúde mental no Brasil e na França”, objetiva investigar a experiência pandêmica na França e no Brasil a partir de uma leitura da psicanálise, visto que os países tomaram posições diferentes frente à pandemia. Como categoria de análise, apresenta-se o vírus enquanto uma metáfora, já que se trata não apenas da realidade da COVID-19, mas da possibilidade de observar o agravamento das vulnerabilidades sociais que aparecerem de maneira mais clara nesse período. Dessa maneira, com esse trabalho, foi possível concluir que houve o agravamento de quadros



clínicos já acompanhados pelas instituições de saúde mental antes da pandemia, bem como o aparecimento de sintomas ligados a ansiedade, depressão. Conclui-se também que, na possibilidade de criação de dispositivos clínicos a fim de cumprir as determinações de isolamento social, há a continuidade da clínica nos serviços diferentemente do habitual. Por fim, conclui-se que o agravamento de quadros clínicos já acompanhados pelas instituições de saúde mental antes da pandemia, bem como a vinculação do aparecimento de sintomas ligados a ansiedade, depressão, também foram influenciados pelo agravamento das vulnerabilidades no Brasil. Já na França, devido ao posicionamento político da época e às condições de enfrentamento da pandemia, observa-se pouca influência no crescimento das vulnerabilidades e quadros com maiores questionamentos existenciais. Conclui-se, então, sobre a importância dos discursos governamentais em períodos catastróficos, a fim de dar continência à população e consequentemente sendo um agente de apaziguamento das angústias nesse momento.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Pandemia, Dispositivos clínicos, Quadros clínicos e Vulnerabilidades

De Sousa e Silva, M. (2023). Psychoanalytic listening in the mental health service in times of Covid-19: An explanatory study of the experience of Brasília-DF and Rouen-FR. Master's Thesis, Institute of Psychology, University of Brasília, Brasília.

#### **Abstract**

The present work proposes to identify the impacts on mental health services in the face of the new reality imposed by the COVID-19 pandemic, putting into discussion how psychoanalytic listening, present in health services, was able to accommodate the clinical demands presented and how this experience took place. To collect the data, qualitative field diary research methods were used based on participation in activities in mental health services and semi-structured interviews with professionals who work in a mental health care network, using the thematic analysis method for data analysis. The research comes to fruition with the production of two manuscripts, the first entitled “Repercussion of the Pandemic on Mental Health Services”, which aims to identify how the impacts of the pandemic on mental health services occurred, and is divided into two categories of analysis, in which one will analyze the impact of the pandemic in relation to the

worsening of clinical mental health conditions based on three themes: (a) the symptoms presented; (b) the worsening and crises of existing clinical conditions and (c) evasion of CAPS due to symptoms, and the other seeks to analyze the impact of the pandemic on the creation of clinical devices, with two themes: (a) activities developed: care outpatient creation of new clinical devices; (b) the effects on the treatment of users and the performance of professionals. The second research manuscript, entitled “Psychoanalytic listening in times of pandemic: An explanatory study of mental health services in Brazil and France”, aims to investigate the pandemic experience in France and Brazil from a reading of psychoanalysis, as countries took different positions in the face of the pandemic, as a category of analysis, the virus is presented as a metaphor, since it is not only the reality of COVID-19, but it was possible to observe the worsening of social vulnerabilities that appear in a clearer during this period. Thus, with this work, it was possible to conclude that there was a worsening of clinical conditions already monitored by mental health institutions before the pandemic, as well as the appearance of symptoms linked to anxiety and depression. It is also concluded that the possibility of creating clinical devices in order to comply with social isolation requirements, there is continuity of the clinic in the services differently from usual. Finally, it is concluded that the worsening of clinical conditions already monitored by mental health institutions before the pandemic, as well as the link between the appearance of symptoms linked to anxiety and depression, were also influenced by the worsening of vulnerabilities in Brazil. In France, due to the political positioning of the time and the conditions for confronting the pandemic, there is little influence on the growth of vulnerabilities and situations with greater existential questions. It is concluded, then, about the importance of government speeches in catastrophic periods, in order to give continence to the population and consequently being an agent of appeasement of anxieties at that moment.

Keywords: Mental health, Pandemic, Clinical devices, Clinical conditions and Vulnerabilities

## Sumário

<b>Introdução Geral .....</b>	<b>12</b>
<b>Manuscrito 1: A repercussão da Pandemia nos serviços de saúde mental .....</b>	<b>20</b>
Introdução .....	20
Delineamento Metodológico .....	26
Resultados e Discussão .....	27
Categoria 1: Impacto da Pandemia e o agravamento dos quadros clínicos .....	28
Categoria 2: Impacto da Pandemia e a criação de dispositivos clínicos .....	35
Conclusão .....	48
<b>Manuscrito 2: Escuta psicanalítica em tempos de pandemia: Um estudo exploratório dos serviços de saúde mental no Brasil e na França .....</b>	<b>50</b>
Introdução .....	51
Delineamento Metodológico .....	58
Resultados e Discussão .....	59
Categoria: Vírus como Metáfora: uma leitura psicanalítica acerca do agravamento das vulnerabilidades .....	60
Conclusão .....	73
<b>Conclusão Geral.....</b>	<b>74</b>
<b>Referências .....</b>	<b>80</b>
Anexo I .....	88
Anexo II .....	98
Anexo III .....	101

## Introdução Geral

A pandemia da COVID- 19 afetou a população mundial desde fevereiro de 2020.

O surgimento do vírus SARS-Cov-2 em Wuhan, China, em dezembro de 2019, levou a uma epidemia local que se espalhou rapidamente para vários países do mundo, impondo desafios consideráveis em vigilância e controle. O surto de coronavírus que se iniciou na China levou à convocação de uma reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em janeiro de 2020, nesse período não houve um alerta de emergência de saúde pública de importância internacional. Croda e Garcia (2020) assinalam que foi em fevereiro de 2020 que a doença provocada pelo novo coronavírus foi chamada de COVID-19.

Nessa época, o sinal de alarme da saúde pública internacional começa a acender, pois apenas na China, até o fim de fevereiro, foram quase 80 mil casos confirmados e 2.838 óbitos, enquanto em outros 53 países foram mais de 6 mil casos confirmados e 86 óbitos (Croda e Garcia,2020). Em 11 de fevereiro de 2020, a OMS declarou que o surto do coronavírus constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), alertando as organizações de regulamento sanitário internacionais. Tal iniciativa buscava coordenar a cooperação global para interromper a propagação do vírus. De acordo com os dados da OMS (2023), no primeiro ano de pandemia foram registrados 2.737.553 diagnósticos positivos para COVID-19 na população mundial e um total de 60.483 óbitos.

Segundo Croda e Garcia (2020), no início da pandemia, em 26 de fevereiro de 2020, foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no Brasil e em 03 de março de 2020 já havia 488 casos suspeitos notificados. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, um mês depois da primeira detecção de COVID-19, o país já registrava 77 mortes e 2.915 casos de infecção. O Ministério da Saúde brasileiro indica que até meados de junho de 2022 a pandemia de coronavírus infectou mais de 31 milhões de pessoas e matou mais de 600 mil. Já na capital do país, até final de dezembro de 2022, foram registrados quase 900 mil casos de contágio pelo coronavírus e mais de 300 mil óbitos. (BRASIL, 2022).

Durante o período pandêmico, declaram-se ondas de contaminação. Devido ao alto índice de contaminação e, ainda, à não criação da vacina, no ano de 2020 foi

declarado um alto índice diário de óbitos. Em 8 de dezembro de 2020, de acordo com a reportagem da CNN Brasil (2020), o Reino Unido torna-se o primeiro país do ocidente a vacinar a sua população, iniciando a imunização pela população prioritária, como: trabalhadores de saúde, idoso com mais de 80 anos, pessoas com comorbidades, dentre outros. Em seguida, Estados Unidos, Canadá e a União Europeia iniciaram o processo de vacinação. Já no Brasil, nesse período, não havia previsão para iniciar a imunização de sua população.

No continente europeu, a França foi o primeiro país com casos confirmados de COVID-19, e o terceiro a impor políticas públicas de contenção nacional. Segundo a CNN (2020), a campanha de vacinação francesa começou na região parisiense em 27 de dezembro de 2020. A França buscou instituir um plano de vacinação centralizado, a fim de garantir a qualidade e a logística em toda a cadeia de vacinação, podendo também fazer análises diárias e divulgação semanal dos índices de vacinação. A França, no entanto, não conseguiu cumprir a meta de vacinação estabelecida pelo governo, tendo 60% da população francesa vacinada em agosto de 2021 (Angeli – Silva et al., 2023).

Após um ano de programa de vacinação mundial destinado aos grupos populacionais indicados, uma grande onda de casos de mortes de COVID-19, entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022. A OMS declarou, então, o surgimento de uma variação no vírus da COVID-19, não imunizada pelas vacinas criadas até então, a variante ômicron. Registrou-se mundialmente, somente nesse período, 2.879.865 casos confirmados e 8.038 óbitos diários (BBC, 2023).

Nesse mesmo período, segundo o relatório publicado no site do Instituto Butantan, em janeiro de 2022, após a identificação da variante ômicron, inicia-se o programa de vacinação brasileiro. Em 17 de janeiro de 2021, a primeira brasileira a ser vacinada, uma enfermeira do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, marca o início do uso emergencial da vacina pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Para imunização da população brasileira, o plano de vacinação foi direcionado, primeiramente, a profissionais de saúde, idosos, pessoas com comorbidades, indígenas e quilombolas. No mesmo período, até final de abril de 2022, o Brasil enfrentava a segunda onda da COVID-19, aumentando expressivamente o número de hospitalizações e mortalidade, colapsando o sistema de saúde (Butantan, 2022).

Em um contexto geral da pandemia no Brasil, de fevereiro de 2020 a setembro de 2023, no Brasil foram registrados 37.849.919 casos confirmados de COVID-19 e 706.142 óbitos (BRASIL, 2023c). Embora os sintomas da COVID-19 se assemelhem aos da gripe (febre, dor de cabeça, dor no corpo, dificuldade de respiração e tosse seca), a COVID-19 se caracteriza também por uma forte pneumonia com sérios comprometimentos respiratórios e por sua fácil transmissão, que se dá de pessoa para pessoa pelo contato com gotículas de saliva expelidas nas tosses e secreções (BRASIL, 2023b).

Diante da fácil transmissibilidade, diversas medidas de controle e prevenção foram tomadas pelas autoridades sanitárias brasileiras. Segundo Farias (2020), a primeira medida adotada foi o distanciamento social, com a finalidade de evitar aglomerações e manter um distanciamento físico entre as pessoas. Já em casos de contaminação, foi adotado o isolamento social, visando a não circulação da pessoa infectada em ambientes sociais, se restringindo ao ambiente domiciliar, impedindo a propagação do vírus.

Na tentativa de frear o avanço da pandemia no Brasil, foram tomadas medidas macro no âmbito social, como o fechamento de todos os estabelecimentos públicos (escolas, teatros, cinemas, bares, restaurantes, entre outros), além de atividades que proporcionavam grande circulação de pessoas, como (eventos corporativos, eventos esportivos, shows, passeatas entre outros). A iminência da morte e a superlotação dos hospitais devido à COVID-19 fez com que o governo endurecesse as restrições de distanciamento social, suspendendo o transporte e a circulação entre metrópoles e municípios brasileiros, além do fechamento do tráfego aéreo e marítimo (Farias, 2020).

Assim, o Brasil se viu imbuído pela pandemia, condição esta que invadia a realidade mundial, em que o contexto social encarava a necessidade de quarentena, distanciamento e cuidados frente ao desconhecido da época. Foi necessário considerar as especificidades sociais e de saúde que se colocaram, fazendo com que houvesse um reposicionamento sociopolítico na cultura.

Sendo assim, é importante considerar que o isolamento social gera impactos diversos na vida cotidiana da sociedade. Bezerra (2020) afirma que o impacto da pandemia é expressivo, afetando diretamente os sujeitos economicamente, com o aumento das taxas de desemprego, estresse em consequência do isolamento social, medo de infecção do vírus, alteração significativa na saúde e no bem-estar da população, devido à diminuição de atividade física e de contato social. Percebe-se, então, como efeito da

situação pandêmica e das medidas públicas de lidar com a contaminação viral, que se propicia vulnerabilidades diversas na população.

No âmbito da saúde mental, juntamente com a pandemia, surge um estado de pânico a nível global, em que o isolamento social faz surgir de maneira mais intensa sentimentos de angústia, insegurança e medo (Pereira et al, 2020).

A vulnerabilidade psicossocial ocasionada pelo isolamento gera impacto na saúde mental, aumentando a chance de sofrimento psíquico mediado por preocupações diversas inerentes ao contexto, como os problemas ligados à economia, às notícias acerca da pandemia, às condições de saúde pública e social, ao medo da morte, além de questões relativas à realidade de cada indivíduo. Como por exemplo, o aparecimento ou o agravamento de sintomas psicológicos, como o estresse, ansiedade e depressão (Carvalho et al., 2020)

Relacionados aos sintomas de ansiedade, estresse e depressão, o sentimento de isolamento, acompanhado pelo medo, são os mais presentes, devido à falta de contato com familiares, diminuindo o sentimento de proteção e, como consequência da realidade, o receio de contaminação. Tristeza, preocupação e insegurança, são sentimentos gerados devido ao contato com as informações públicas acerca da COVID-19, os sujeitos encontram-se expostos, potencializando os sentimentos vivenciados nesse período (Carvalho et al, 2020).

O Distrito Federal (DF) foi uma das primeiras unidades da federação brasileira a impor decretos de fechamento de escolas e outros estabelecimentos para o isolamento social da população. Em 28 de fevereiro de 2020, por meio do Decreto nº 40.475 (2020), declarou situação de emergência no âmbito da saúde pública do DF em razão do risco de pandemia do novo coronavírus. Com isso, a Secretaria de saúde do DF (SES-DF) elaborou um “Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus – COVID-19”, com última atualização em julho de 2021, em que informa os profissionais de saúde acerca do diagnóstico da covid-19 e sistematiza as ações e procedimentos em resposta à pandemia, orientando as unidades de saúde do DF e implementando alterações no sistema de saúde local.

Diante do estabelecimento das ações tomadas do DF, a Diretoria de Saúde mental da SES-DF publica a Circular nº 2/2020, em que orienta especificamente os profissionais e serviços especializados em Saúde Mental para lidar com o contexto de pandemia. Há o

redirecionamento dos profissionais para agregar força de trabalho em equipes específicas para atendimento da COVID-19, além da suspensão de atividades coletivas nos serviços de saúde mental, estabelecendo atendimentos ambulatoriais nos mesmos.

Além do estabelecimento de ações nos serviços de saúde mental, a SES-DF pública em março de 2020 para a população a cartilha: “Saúde Mental em meio à pandemia do COVID-19”. Com o intuito de informar e orientar, a cartilha alerta sobre os impactos à saúde mental e dá dicas para o gerenciamento de sintomas, rotinas e orientações gerais para lidar com o momento de crise. Pontua que o medo diante da doença e da morte, preocupações acerca de obtenção de suprimentos básicos como alimentos e remédios e o medo de perder a fonte de renda geraram alterações no sono, sentimentos de desesperança, tristeza, angústia, dentre outros. Informa também que o gerenciamento dos sentimentos por meio do estabelecimento de uma rotina, a busca de informação sobre outros assuntos que não sejam sobre a pandemia, focar em comportamentos de cuidado com a saúde, como o lavar a mão, uso de máscara, álcool 70%, cultivar laços afetivos com amigos e familiares por meio das plataformas online, dentre outras práticas, podem ajudar manter uma saúde psíquica para enfrentamento do isolamento social. Ao final também há indicações de busca por profissionais qualificados da rede de saúde mental do DF, caso necessário (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, houve uma inegável fragilização da saúde mental, como apontado pelos diversos estudos citados por Santana et al (2020), tendo em vista a diminuição significativa dos contatos e vínculos sociais, o sentimento de desamparo, tristeza, ansiedade e o agravamento da vulnerabilidade social. Diante desse cenário, algumas questões são colocadas nesse trabalho: de que forma os serviços de saúde mental na saúde pública se posicionaram para responder à fragilização dos usuários frente ao incontornável desafio da pandemia? Considerando a atuação de psicanalistas inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), interroga-se como se deu a escuta atravessada pela psicanálise nos serviços de saúde mental durante a pandemia da COVID-19?

Esta pesquisa possui um caráter exploratório, que visa identificar os desafios dos serviços que disponibilizaram uma escuta psicanalítica dentro do sistema de saúde mental do Distrito Federal (DF) e de Rouen (França) durante o período da pandemia. O analista não pôde deixar de lidar com o real que se apresentou nesse período, tendo que repensar



sua prática diante dos desafios da pandemia, nos atendimentos em instituições e nos atendimentos em seus consultórios. Sabemos que não é o setting que define uma análise e sim a transferência e o ato analítico (Quinet, 2020). Os psicanalistas, inseridos no serviço de saúde mental, fizeram adaptações em sua prática articulando com os cuidados exigidos do momento à continuidade.

O que a pandemia colocou para os profissionais da saúde mental foi o desafio de sustentar a escuta clínica e ao mesmo tempo os vínculos, pois os pacientes constroem vínculos com a instituição e com os grupos que frequentam. O espaço institucional proporciona, por meio da convivência, laços afetivos e de troca entre os usuários e os profissionais, que foram abruptamente retirados (Resende, 2015).

Nesse contexto, o trabalho nos CAPs afastou tanto os usuários quanto os profissionais de um setting familiar e estável. De modo que os profissionais foram convocados a construir um dispositivo de trabalho que pudesse dar conta do distanciamento físico e, ao mesmo tempo, sustentar uma escuta e um trabalho de cuidado.

O trabalho no CAPS é fortemente marcado pela grupalidade, o que contribui para o vínculo entre os usuários, bem como um sentimento de pertencimento. Contudo, essa vivência foi subtraída pela pandemia, de modo que os usuários, não perderam apenas o tratamento no sentido terapêutico, mas também a vida social garantida pelo espaço de encontro oferecido pela convivência institucional.

Essa percepção e questionamento norteiam o trabalho realizado, o qual pretende discutir a clínica psicanalítica na saúde pública e a relação com o contexto sociocultural e de saúde que se apresenta. O trabalho se desenvolve a partir da escuta dos profissionais inseridos neste contexto que a pandemia impôs com a necessidade de quarentena, distanciamento social e de cuidados frente ao risco de contágio, ainda pouco conhecido na época.

A escuta clínica oferecida nesse período nos serviços de saúde mental evidenciou impactos importantes na população, ao mesmo tempo que possibilitou a construção de um enquadre (setting) sob medida para a situação de distanciamento físico. Isso aconteceu em um contexto de urgência dos profissionais da saúde mental para construir dispositivos de atenção à saúde mental para dar conta dos desafios em função das restrições no período da pandemia. Assim, foi sendo construído uma escuta

psicanalítica, a fim de acolher o mal-estar, o medo da morte, a solidão, o confinamento na vida familiar e os conflitos inerentes.

Nesse contexto particular, esse trabalho busca identificar o impacto nos serviços de saúde mental frente às demandas promovidas pela pandemia e coloca em discussão como a escuta psicanalítica esteve presente nos serviços de saúde mental no período pandêmico e pós-pandêmico. Quais adaptações clínicas foram construídas? E o que essa experiência nos ensinou?

Esta é uma pesquisa vinculada à pesquisa intitulada: Sistema integrado de rede de atenção à saúde mental no Distrito Federal frente à epidemia COVID-19, aprovada no edital 7129 – FUB/ EMENDA/ DPI/ COPEI – Apoio a projetos de pesquisa, extensão e inovação para combate à pandemia COVID-19, proposto pela Universidade de Brasília. Com o objetivo de investigar como se deram as articulações integradas interprofissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) ampliada cuja finalidade primária foi o cuidado em saúde mental no Distrito Federal durante o período pandêmico, a pesquisa proposta busca compreender o que foi feito frente a uma emergência pública combinada com o isolamento social, que estabeleceu novas formas de articulações, ações e intervenções (Brasil et al, 2022)

O grupo de pesquisa que realizou esse trabalho possui um vínculo com a rede de pesquisa em psicanálise da Universidade de Rouen, na França. Visando as afetações pandêmicas, que se deram a nível mundial, vê-se a possibilidade de escuta dos profissionais atuantes da rede de saúde mental francesa, a fim de estabelecer uma relação diante as alterações clínicas e de demandas de saúde mental.

A pesquisadora é psicóloga e psicanalista, atuante na clínica e com um percurso de formação na saúde mental. Sendo assim, por sua prática clínica também ter sido afetada pela pandemia, e ter adaptado os dispositivos clínicos, se interessou em identificar os desafios da saúde pública frente a pandemia.

Segundo Rosa (2004), a pesquisa em psicanálise permite lidar com o sofrimento sociopolítico que envolve os sintomas sociais inscritos no discurso dominante em uma sociedade de dada época, de modo que os sintomas que aparecem nos laços sociais do sujeito tendem a tomar forma diante da cultura. A escuta analítica se dá pelos não ditos do discurso do sujeito e pelos não ditos dos enunciados sociais.

Podemos dizer, segundo Brasil et al. (2021), que não há configuração clínica que se aplica a todos e a todas as épocas, sendo necessário mudanças para que a psicanálise se adapte às condições sociais e particulares de cada sujeito, aplicando novos dispositivos clínicos a fim de permitir o discurso do analisando e de suas demandas em um enquadre clínico possível.

O enquadre clínico visa criar um suporte para o processo terapêutico na relação entre analista e paciente. Bleguer (1977) lembra que o enquadre é um "não processo", no sentido de que são as invariáveis que formam a moldura dentro da qual se dá o processo. Com efeito, em uma relação que se prolonga com um conjunto de normas e atitudes que se consolida como uma instituição, sendo o enquadre uma instituição em que acontecem fenômenos relacionais.

Diante das questões e da perspectiva psicanalítica que norteia a pesquisa, a situação pandêmica colocou um desafio diante da saúde mental que foram conduzidos preferencialmente de modo remoto. Como coloca Bratkowski e Fedrizzi (2020), os atendimentos psicanalíticos “passaram a ser realizados por meio de chamadas de vídeo e ligações telefônicas”. Assim, como uma hipótese, tem-se que a escuta psicanalítica nos serviços de saúde mental foi remodelada, reconstruída, tentando preservar os fundamentos da escuta, do inconsciente, do traumático, por exemplo, com a possibilidade de criação de novos dispositivos clínicos de atendimentos para os usuários do serviço, visando a escuta psicanalítica do sofrimento do sujeito a partir dos atendimentos online individuais e de grupos, formas alternativas de se trabalhar diante das demandas direcionadas aos analistas inseridos nas instituições.

Nessa pesquisa, dentre a equipe multidisciplinar dos serviços de saúde mental pesquisados, se escolhe escutar os psicanalistas devido à ética de sua escuta, a ética do bem dizer, da palavra que produz um efeito no sujeito (Santoro, 2006). A ética da psicanálise sustenta os pilares da escuta clínica em direção à cura, daquilo que diz respeito ao saber fazer com o mal-estar e os sintomas que se instauram no sujeito. Dessa maneira, o psicanalista pode prescindir do atendimento tradicional da clínica e fazer por meio de sua ética uma prática fora do setting tradicional, podendo a partir daí criar possibilidades para que o discurso circule e para o saber fazer do sujeito.

Sendo assim, a pesquisa buscou identificar como se deu a escuta dos psicanalistas inseridos no serviço de saúde mental do Distrito Federal e na região da Normandia, na

França, durante o período da pandemia da COVID-19. Assim como, especificamente: identificar como atuaram os psicanalistas na rede de serviço de saúde mental do DF e dos serviços de saúde mental da Normandia durante a pandemia; analisar as adaptações realizadas na prática dos psicanalistas dentro dos serviços de saúde mental durante a pandemia; traçar como foram realizadas as atividades oferecidas pelos psicanalistas, elencando quais foram mantidas, se houverem, e quais foram criadas; conhecer as intervenções realizadas pelos psicanalistas nos serviços de saúde mental durante o período de pandemia e analisar a condução dos governos do Brasil e da França frente às medidas proteção e política públicas para lidar com a pandemia.

Esse trabalho se divide na apresentação de dois manuscritos, o primeiro intitulado “A repercussão da pandemia nos serviços de saúde mental”, que visa discutir os impactos da pandemia no agravamento de quadros clínicos acolhidos, assim como, a criação e adaptações nos dispositivos clínicos a fim de atender as especificidades e mantendo o funcionamento dos serviços de saúde mental. O segundo manuscrito intitulado “Escuta psicanalítica em tempos de pandemia: Um estudo explanatório dos serviços de saúde mental no Brasil e na França” trabalhará como se deu a experiência pandêmica nas instituições de saúde mental na França e no Brasil a partir de uma leitura da psicanálise. A partir da entrevista com profissionais brasileiros e franceses, como a psicanálise escuta os impactos da pandemia na saúde mental diante de uma clínica adaptada e atravessada por vulnerabilidades sociais da época.

## **Manuscrito 1**

### **A repercussão da Pandemia nos Serviços de Saúde Mental**

#### **Resumo**

Em 2020, devido ao surgimento do vírus da COVID-19, fica estabelecido um contexto de urgência mundial frente à situação pandêmica. A situação exigiu que ações e intervenções sociais fossem tomadas, afetando diretamente a saúde mental e os modos de existência da sociedade. Com o objetivo de investigar como se deram os agravamentos dos quadros clínicos e as articulações integradas interprofissionais de um serviço de saúde mental durante o período pandêmico, este trabalho busca compreender os efeitos da pandemia nos serviços de saúde mental. Identificou-se, nos serviços de saúde mental, adaptações realizadas. As equipes introduziram atividades inovadoras, como: grupos online; utilização de grupos em aplicativos de mensagens; e atendimento ambulatorial,

visando sustentar o trabalho de atenção à saúde mental. Assim, foram estabelecidas novas formas de atuação que revelaram o potencial criativo e inovador das equipes, mas sem renunciar às condições fundamentais dos dispositivos clínicos, e mantendo o rigor técnico para acolher a nova realidade de demandas que chegavam aos serviços.

Palavras-chave: Pandemia, saúde mental, dispositivos clínicos, quadros clínicos.

### **Introdução**

O número de mortes, que chegou à 707.470 pelo COVID-19, a falta de vacina no início da pandemia e a dificuldade de acesso à vacinação pela população, gerou um sentimento de vulnerabilidade que atingiu a sociedade (BRASIL, 2023c). Os impactos da pandemia trazidos pelo vírus SARS-coV-2, como o isolamento social e o fechamento de estabelecimentos a fim de garantir o distanciamento, atingiram a vida social, cultural e individual da população por meio a interrupção das atividades cotidianas da população, pela diminuição significativa dos contatos sociais, pela perda da atividade de trabalho, pela diminuição da renda familiar, além de forçar o indivíduo a lidar com o desamparo como consequência e com o trauma trazido por essas vivências (BRASIL, 2022).

No primeiro ano de pandemia, a quarentena foi utilizada como estratégia para evitar o contágio, o que gerou o isolamento e o distanciamento social. Apesar de ter sido uma estratégia fundamental para a prevenção da transmissão do vírus, o isolamento se configurou como uma experiência desagradável com efeitos psicológicos, financeiros e sociais. Silva et al. (2021), demonstra que de abril de 2020 a janeiro de 2021, houve um aumento significativo em reações emocionais relacionadas a ansiedade e depressão, assim como o agravamento de quadros clínicos pré-existentes antes da pandemia, decorrentes do medo e do pânico causado na população durante esse período.

As repercussões psicológicas também foram associadas aos impactos diretos da pandemia na realidade social, econômica, laboral e familiar. O distanciamento e as atividades laborais sendo realizadas em regime de *home office* fizeram com que a convivência diária se resumisse às relações familiares que habitavam a mesma casa, além da instabilidade devido ao fechamento de empresas e demissões. Em relação ao fator econômico, observou-se que, na medida em que a renda era diminuída, aumentavam os sintomas depressivos e de estresse pós-traumático. Houve o impedimento de funcionamento de diversas atividades econômicas, como a proibição de locomoção

afetando a indústria de aviação, cancelamento de eventos esportivos, afetando a indústria do esporte e a proibição de atividades grupais, afetando a indústria de entretenimento (Sameer El Khatib, 2020). Já na ordem familiar, com a convivência intensa e constante, sem a possibilidade de vivências sociais, houve aumento em casos de violência doméstica e de vulnerabilidade social, como a falta de estrutura básica no ambiente de casa (Silva et al, 2021).

Este estudo tem por objetivo identificar como se deram os impactos da pandemia nos serviços de saúde mental, tanto no agravamento dos quadros clínicos apresentados nesse período, quanto na criação de novos dispositivos clínicos a fim de acolher tais demandas. Se faz relevante no sentido de ampliar o conhecimento acerca das mudanças nos dispositivos clínicos nas unidades de serviço de saúde mental frente a uma emergência pública combinada com o isolamento social, além de fazer um levantamento acerca dos agravamentos nos quadros clínicos acolhidos por esses dispositivos nos serviços. Tendo por hipótese que estas novas formas podem ser utilizadas em mais espaços institucionais, bem como podem servir como ferramentas para uso em outras situações, inclusive de emergências.

A experiência da pandemia da COVID-19 impõe à sociedade condições inéditas de existência, se limitando às condições específicas devido à gravidade de disseminação do vírus. Com algumas medidas de segurança sanitária a fim de frear a contaminação, com os grandes índices de adoecimento e falecimento, a humanidade sofreu consequências diversas. Ao se apresentar como fator surpresa, devido à descarga pulsional que a situação pandêmica por si só desencadeia, ao ter que lidar com a possibilidade da morte e o medo diante da realidade, podemos considerar o evento como traumático coletivo (Cardoso et al, 2022).

O conceito de trauma para a psicanálise se dá no primeiro momento dos estudos psicanalíticos, ao estudar a histeria, Freud juntamente com Breuer pôde correlacionar os eventos traumáticos associados às manifestações sintomáticas de suas pacientes. Em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos”, Freud (1893/1895), com Breuer, descreve que o evento em si não é o traumático, mas sim a descarga de afeto diante das vivências que suscitam afetos de pavor, angústia, vergonha e dor, podendo atuar como trauma psíquico.

Os autores destacam a importância da resposta do sujeito frente ao evento, ou seja, denominam de *ab-reação* a descarga emocional que liberaria o afeto associado à lembrança do evento traumático. Se ocorre a descarga emocional adequada, por exemplo, por meio de reações enérgicas, faz desaparecer em grande parte o afeto gerado, e anularia os efeitos patológicos. Já se a reação é suprimida, na incapacidade de reagir a situações, tendo a ausência de descarregar do afeto, ele pode se manifestar *a posteriori* pela via sintomática. Porém o afeto é associado à lembrança, que pode ser acessada pela via da linguagem, testemunhando o evento e tendo o seu valor de ab-reação. “Evidencia-se, com efeito, que essas lembranças correspondem a traumas que não foram suficientemente ab-reagidos” (Freud, 1893/1895, p. 28).

Posteriormente, no decorrer da teoria psicanalítica, Freud (1916) em sua XVIII conferência sobre *fixação em traumas- o inconsciente*, conceitua as neuroses traumáticas, como aquelas ocasionadas devido à fixação do sujeito a um evento específico. Podendo gerar sintomatologias que correspondem à transportação do sujeito ao evento traumático, a fim de lidar com o excesso de excitação gerado em um curto espaço de tempo, ou seja, é a incapacidade de lidar com experiências reais e que no campo afetivo foi excessivamente intenso.

Para compreender o traumático por via da linguagem, Lacan (1958-1959/2016) aponta que a constituição de um sujeito se dá por meio da fala. É a partir da linguagem que pode haver um sujeito para um outro sujeito, ou seja, por ser marcado pela necessidade da linguagem, o real que se instaura na relação ganha necessidade de articulação com a fala, no intuito de simbolização do que é apreendido nessa relação entre sujeitos. Tais experiências ao longo da vida com a linguagem, por meio da relação com o Outro, esse Outro que nos transmite as significações, nos permite associar as descargas emocionais a palavras, dando significados, por exemplo, às experiências em que há a *ab-reação*.

Coloca-se aqui, então, o traumático sendo aquilo que não encontra representação pela via da linguagem. Em que, diante do evento específico e da incapacidade de lidar com a experiência real, o afeto intenso associado à experiência não tem simbolização, não podendo ser expresso pela via da palavra, e, podendo assim, ser associado posteriormente à sintomatologia.

O conceito de trauma para psicanálise ganha um caráter individual, a partir daquilo que se inscreve no sujeito diante do evento traumático. Porém há vivências compartilhadas que podem ganhar contornos traumáticos, dentro de cada subjetividade, como as catástrofes. Segundo Freud (1914/1987), catástrofe é uma violência externa que ameaça a vida humana, ou seja, um acontecimento ameaçador que atinge uma comunidade, porém que implica uma experiência individual.

A catástrofe vivida pelo humano deixa marcas em quem experiencia. Apesar da diferenciação de conceito entre trauma e catástrofe, não se pode negligenciar que eventos catastróficos possibilitam experiências coletivas de vulnerabilidade, dor, sofrimento e desalento, podendo assim ter significação de um evento traumático para sujeitos que são atravessados por eventos catastróficos (Verztman, 2020).

A Pandemia da COVID-19 se estabeleceu a partir da aparição do coronavírus, ameaçando a saúde e a vida da população mundial, que podemos relacionar com o conceito de catástrofe, já que é um evento externo que coloca em risco a existência humana. Assim, com a população brasileira afetada pela catástrofe da Pandemia da COVID-19, os serviços de atenção à saúde mental começaram a receber demandas relacionadas aos impactos diretos da pandemia na saúde mental, como medo da morte, adoecimentos e isolamento social. Ou seja, a vivência coletiva da pandemia ganha um caráter traumático a partir do momento que é agente causador ou intensificador do sofrimento psíquico do sujeito. Assim, os serviços de saúde mental além de se adaptar à imposição de isolamento social que se fez necessário em um dado momento, modifica a maneira de acompanhamento dos usuários do sistema de saúde local.

Os serviços especializados de saúde mental são uma referência para este trabalho, na medida em que eles se situam como uma marca da política em saúde mental estabelecida a partir da Política Nacional de Saúde Mental que se iniciou nos anos 1970 visando a redução pactuada e gradual dos leitos psiquiátricos de hospitais, fortalecendo, assim, a assistência psicossocial (Brasil, 2011). Segundo Resende (2017), a redução no Brasil foi de 35.000 leitos psiquiátricos nos últimos 14 anos, buscando oferecer serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica, estabelecendo serviços cujo atendimento seja humanizado.

Diante da necessidade de repensar a lógica de funcionamento do serviço, e levando em consideração a proposta da reforma psiquiátrica, a Política Nacional de Saúde



Mental, desde 1992, vem sendo pautada na inclusão social e na desinstitucionalização (Brasil, 2002). A partir de 2001, com a aprovação da Lei 10.216, é prevista a substituição das instituições asilares por serviços abertos e comunitários, com oferecimento de serviços multiprofissionais e transdisciplinares.

Assim, estabeleceu-se as condições fundamentais para a assistência em saúde mental nos serviços públicos de saúde. Diante do movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem como princípio a despatologização, a desospitalização e a ressocialização, a Lei 10.216/2001 visa instituir os direitos dos usuários da rede, assegurando que não haja discriminação quanto a quaisquer formas de existências e de subjetividades destes usuários. O cuidado, neste âmbito, deve estar pautado no atendimento humanizado, assegurando ao usuário o seu direito de ter um atendimento integral, sem nenhum tipo de violência. Desta forma, pode-se oferecer serviços que atendam às demandas dos usuários dos serviços de saúde mental no país (Brasil, 2001).

Ainda segundo a lei 10.216/2001, fica instituído como responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas públicas de assistência, prevenção e promoção da saúde em ações de saúde mental, incluindo a comunidade e a família, visando a reinserção social dos usuários e o acesso a outras políticas, por meio do encaminhamento implicado.

Na necessidade de repensar um atendimento hospitalocêntrico de atenção à saúde mental e, apoiado na proposta da reforma psiquiátrica, a política nacional de saúde mental, desde 1992, vem sendo pautada na inclusão social e na desinstitucionalização (Brasil, 2002).

Na pandemia, os serviços de saúde mental estabelecidos nesses princípios e as regulamentações não ficaram ilesos frente à necessidade de isolamento e de distanciamento social. Com a urgência de afastamento, foram sendo estabelecidos Planos de Continência que regularizavam práticas para os profissionais de saúde a fim de regulamentar e informar os profissionais acerca das atitudes a serem tomadas diante das demandas dos serviços de saúde em geral.

Além do estabelecimento de ações frente aos serviços de saúde mental, a SES-DF publicou, em março de 2020, para a população, a cartilha: “Saúde Mental em meio à pandemia do COVID-19”. Com o intuito de informar e de orientar a população, além de administrar a busca pelos serviços, a cartilha alerta sobre os possíveis impactos à saúde mental, dando dicas para o gerenciamento de sintomas, rotinas e orientações gerais para

lidar com o momento de crise. Pontua que o medo diante da doença e da morte, as preocupações acerca de obtenção de suprimentos básicos, como alimentos e remédios, e o medo de perder a fonte de renda podem gerar alterações no sono, sentimentos de desesperança, tristeza, angústia, dentre outros.

A cartilha também informa que o gerenciamento dos sentimentos por meio do estabelecimento de uma rotina, a busca de informação sobre outros assuntos que não sejam sobre a pandemia, o foco em comportamentos de cuidado com a saúde, como o lavar a mão e o uso de máscara e álcool 70%, o cultivo de laços afetivos com amigos e familiares por meio das plataformas online, dentre outras práticas, podem ajudar a manter uma saúde psíquica para enfrentamento do isolamento social. Ao final também há indicações de busca por profissionais qualificados da rede de saúde mental do DF, caso necessário (BRASIL, 2020).

### **Delineamento metodológico**

Na construção desse trabalho de pesquisa, houve primeiramente um mapeamento das instituições de saúde mental e uma aproximação da pesquisadora junto aos serviços de saúde mental. A pesquisa foi realizada no âmbito de serviços que compõem a RAPs, com intervenção principal no escopo da saúde mental do Distrito Federal, onde foram identificados psicanalistas inseridos nas equipes multiprofissionais. Para tanto, foram selecionados alguns serviços para compor a amostra, cujo critério de seleção foi por conveniência. Vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), foram selecionados os seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá e Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga.

Optou-se por dois caminhos metodológicos: 1) diário de campo, utilizado como recurso para o registro da participação da pesquisadora nas reuniões de equipes e nas visitas aos serviços; 2) entrevista semiestruturada com os profissionais que trabalham nos serviços em uma perspectiva psicanalítica.

A escrita do diário de campo coloca em evidência a relação entre o pesquisador e o campo pesquisado, compreendendo uma implicação na produção do material de análise. Sendo assim, o diário de campo teve por objetivo a descrição do que foi observado e o apontamento das impressões da pesquisadora no serviço de saúde mental. O diário de

campo se constituiu em um espaço para as impressões da pesquisadora ao colocar em discussão as afetações observadas diante da experiência e, assim, provocar reflexões acerca da própria prática de pesquisa, seu desenvolvimento, método de análise e discussão (Kroef et al, 2020).

“Compreendendo a descrição dos processos observados e as impressões do(a) pesquisador(a), a escrita dos diários de campo pode envolver registros que permitam acompanhar o movimento da atenção do(a) pesquisador(a) em relação aos fenômenos estudados” (Kroef et al, 2020).

A partir da análise de diário de campo, pode-se ter acesso a informações acerca de como se organizou o acompanhamento dos pacientes atendidos nesta unidade de saúde durante o período pandêmico.

Para a segunda etapa, foram selecionados 4 participantes que são psicanalistas atuantes nos serviços de saúde mental, atuantes nos CAPS de Brasília, sendo que todos os profissionais trabalharam durante a pandemia e ainda trabalham em serviços cujo foco principal das intervenções seja no escopo da saúde mental.

A presente pesquisa se desenvolveu obedecendo as seguintes etapas após aprovação no Comitê de Ética (Anexo I): coleta de dados através da entrevista semiestruturada (Anexo II), transcrição das entrevistas, análise de dados qualitativos através da criação de categorias de análise, discussão e conclusão dos resultados.

A pesquisa em psicanálise, segundo Cunha & Marsillac (2017), trata-se de uma investigação qualitativa por meio da singularidade, visto que a perspectiva do pesquisador estará presente ao investigar seu material, não se limitando a uma verdade absoluta, mas sim extraindo o que pertence de exclusividade de cada caso e compartilhando situações semelhantes que possam emergir. A pesquisa psicanalítica empírica objetiva a relativização, argumentando seu caráter subjetivo dos dados que atravessam os resultados de sua investigação.

A análise de dados qualitativos coletados ocorreu por meio da Análise Temática de Braun e Clarke (2006), onde se utiliza uma abordagem indutiva para tratar os dados e sintetizá-los, de forma a selecionar os dados a partir de padrões de significados e questões relevantes para a pesquisa, transformando os códigos dos dados aos dados em temas de análise a partir dos discursos extraídos das entrevistas (Souza, 2019).

## Resultados e Discussões

Foram analisados 3 diários de campo produzidos após a observação de participantes da pesquisadora em reuniões de equipe de 3 instituições de saúde mental do Distrito Federal que tiveram como temática a prática do serviço frente às demandas da pandemia. Para as entrevistas, foram analisadas 4 entrevistas com profissionais atuantes na rede de atenção à saúde mental do Distrito Federal, todos sendo psicólogos, de formação psicanalítica, com 15 anos de experiência na mesma unidade e que estiveram à frente dos atendimentos à saúde mental durante todo o período pandêmico.

Os temas abordados pelas entrevistas se distribuíram em: início da pandemia e a atuação no serviço de saúde mental; a escuta do psicanalista em um serviço de saúde mental; as relações estabelecidas nesse período e os impactos observados após o retorno aos atendimentos presenciais.

### **Categoria 1: Impacto da pandemia e os agravamentos dos quadros clínicos**

*“Vejo a pandemia na verdade como um grande trauma coletivo”*

Nessa categoria temática buscou-se analisar como se apresentaram os quadros clínicos atendidos nos serviços de saúde mental durante o período da pandemia e após o retorno das atividades coletivas dos grupos terapêuticos, bem como perceber quais os efeitos da pandemia diante das demandas de saúde mental. Assim, foram agrupados relatos dos profissionais acerca das demandas apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde mental durante esse período, desde fevereiro de 2020, quando foram instituídas as orientações acerca do funcionamento dos serviços especializados em saúde mental, até a época da entrevista, em abril de 2023. Assim, foram identificados impactos acerca dos seguintes temas: (a) os sintomas mais apresentados; (b) agravamento e crises dos quadros clínicos já existentes; (c) evasão do CAPs devido aos sintomas.

Em seus discursos, os entrevistados frisaram alguns sintomas e quadros clínicos que se demonstraram mais presentes nas demandas direcionadas aos serviços de saúde mental, como pode ser observado a seguir:

*“o público chegava muito com esse discurso do medo, da ansiedade. Além de um desdobramento, que é esse dos enlutados, das pessoas que efetivamente perderam alguém, ou que às vezes nem passaram por uma coisa da covid tão forte nelas próprias que fica enquanto efeito ali, físico, mas que sofre. Esse é outro efeito também deletério. De repente, ter perdido alguém próximo ou que ficou muito impactado com a morte de fulano.”*

*“A gente teve que lidar com esses lutos, lutos da pandemia também. E situações que a pessoa não ia poder mais ver a família por conta da pandemia, e isso gerou toda uma situação, as crises. Enfim, teve um efeito subjetivo que foi observado, e acho que alguns mais de imediato e outros a posteriori. Da gente entender também o que foi e o que que significou para uma pessoa que estava contando com aqui, uma convivência, um dispositivo grupal e que estava bem, inserida no serviço, ativa, e de repente ter quase nada para fazer, e não tá mais vindo aqui, o que que foi essa perda da convivência também, né? Eu acho que algumas coisas só apareceram depois, inclusive em formas de crise ou de embotamento.”*

A pandemia lançou os sujeitos em um desamparo, devido à ameaça de contaminação, que causou milhares de mortes, e à imposição de lidar com o luto, tanto do adoecimento e falecimento de pessoas próximas, quanto das condições pré-pandêmicas que não se é possível mais vivenciar (Cardoso et al, 2022).

Nos discursos, apresentam-se situações em que o luto real da perda de familiares ou amigos se faz presente, assim como o luto simbólico. A afetação dos sujeitos diante da perda, perda de pessoas e relações identitárias, assim como, a perda de espaços de convivência e de atividades, que representam de certa forma também uma perda de si, já que os espaços de convivência representam espaços de elaborações de suas questões, e a perda de familiares que representam vínculos fundamentais.

Birman (2021) aponta que o medo gerado pela instabilidade se dá devido ao terror da morte que se impôs em larga escala. Diante do temor da morte, o sujeito busca instâncias que possam apaziguar o medo, ou seja, acreditavam que o governo, a ciência e a medicina, lhes garantissem proteção e orientação para tornar palpável as ações

necessárias contra a finitude. Porém, a falta de posicionamento e manifestação clara colocou os sujeitos diante da angústia do não sabido, do sentimento de desamparo.

Idealmente, acreditar que as instâncias alteritárias poderiam proteger a população da potencialidade mortal, e que confiar no governo, como instância de defesa à vida, apaziguaria a angústia dos cidadãos por receber contornos palpáveis pelo discurso da ciência e da medicina. Porém, quando a população se vê não podendo contar com a proteção pública no Brasil, devido a diversas ações governamentais que vão contra a proteção e o cuidado com a população, como o atraso na vacinação, afrouxamento nas políticas de isolamento social e falta de condições do sistema de saúde de receber aqueles contaminados, colaborando para milhares de mortes, os sujeitos se inscrevem no registro do desalento (Birman, 2021).

Assim, a pandemia não seria apenas traumática por si só, o que a torna traumática por definitiva é o modo ético que se lida com a pandemia. Diante de ações governamentais que visam o neoliberalismo e o negacionismo, o Brasil reproduz uma ética pautada no lucro e no individualismo, tendo como efeito a exploração dos sujeitos, reforçando as desigualdades e vulnerabilidades sociais, além de não oferecer condições necessárias para lidar com as demandas advindas da pandemia (Celes, 2022).

No desalento da pandemia vivenciado no Brasil, o sujeito se sente entregue ao acaso e ao indeterminado, colocando sua existência como arbitrária, em que tudo de pior pode lhe acontecer. Assim, diante da posição de desespero diante dos desafios, o que está em pauta para os sujeitos é o cenário psíquico do terror da morte, há o impasse de se sentir impotente e agenciar sistematicamente seus mecanismos de defesa (Birman, 2021).

Nesse contexto, diante de eventos traumáticos em que há afetação psíquica do sujeito, a resistência em lidar com as afetações do desprazer implicado se faz presente, pois existe um choque do aniquilamento do sentimento de si. Para lidar com tamanho desprazer, pode-se produzir representações, como a angústia, em consequência desse traumatismo, trazendo consigo o sentimento de incapacidade e o medo da loucura, por exemplo (Ferenczi, 1933/1992).

Nas entrevistas pode-se ressaltar falas dos participantes que expressam diretamente sentimentos relacionados a afetações como a angústia:

*“comecei a perceber um aumento maior desses sintomas relacionados a ansiedade e o medo, ao pânico, a esse discurso: vou ter uma doença e vou morrer dessa doença.”*

*“Então acho que um componente essencial que afetou as pessoas em maior e menor grau, se chama angústia, uma angústia geral, acho que fica uma coisa meio que: E agora, o que eu faço?”*

O desconhecido escancarado pela finitude diante de mortes diárias, do desconhecido do inimigo viral que se apresenta por meio das restrições e afetações no modo de existir, sem uma continência das instâncias sociais regulamentadoras, geram impactos psíquicos sintomáticos nos sujeitos que se apresentaram principalmente pela via do luto, da ansiedade, do medo, e da angústia.

### **O agravamento dos quadros clínicos**

A partir dos relatos dos entrevistados, destaca-se uma segunda categoria temática de análise, o agravamento em quadros clínicos que já eram acompanhados pelos serviços de saúde mental, assim como um crescimento de crises acolhidas durante o período pandêmico, como expresso nas falas a seguir:

*“tinha ali um elemento que antes não estava presente. Era uma ansiedade que agora estava muito potencializada. Era uma depressão que estava muito potencializada. Era um isolamento social que estava muito potencializado. É praticamente racional, porque assim, antes o sujeito se isolava, porque ele era a depressão dele, ele não estava trazendo para ele uma retração social significativa. Agora não, era a própria cultura que falava para ele não sair de casa. Então, para o isolamento social racional, essa era uma coisa que ele tinha que fazer, uma coisa que era mandada a ele para ele fazer. Não era coisa do funcionamento dele. Foram aparecendo elementos que a gente via que antes não existiam, que foram intensificados, foram potencializados”.*

*“Os quadros ficaram um pouco mais graves em termos de cronificação, de possibilidades, algumas pessoas tiveram umas crises recorrentes, isso às vezes é difícil, demora mais tempo para encontrar novos recursos, às vezes não é nem*

*recuperar, mas encontrar novos recursos, novas formas de lidar. Então eu observei uma cronificação, é uma série de fatores, às vezes é dificuldade de rede, de até de adesão, às vezes é uma questão medicamentosa, enfim, questões relacionais também com a família, a perda do dispositivo do jeito que ele era aqui.”*

*“Tiveram pessoas que melhoraram com a pandemia, por incrível que pareça, mas porque ficaram menos demandadas de coisas que geravam muita ansiedade, como pegar ônibus, e ir do lado para o outro da cidade para estudar, e lidar com a universidade, com cansaço, tudo ao mesmo tempo; então algumas pessoas, nessa coisa do online, deu um contorno para não ter que lidar com tantas coisas estressantes. Mas acho que a maioria, houve piora em quadros de ansiedade; apareceram pessoas também que nunca tinham tido problemas de saúde mental e começaram a ter na pandemia, com as pessoas que a gente já acompanhava, que a gente viu certas deteriorações.”*

Apesar de se apresentar resultados positivos em alguns casos de transtornos psíquicos graves acerca das novas configurações de funcionamento social devido ao afastamento do sujeito de atividades estressoras, pode-se observar que a maior parte das afetações nos quadros clínicos acompanhados pelos CAPs antes da pandemia, sofreram diretamente um impacto negativo pelo contexto pandêmico.

Houve a cronificação de sintomas ansiosos ou depressivos, assim como a manifestação de novos sintomas, em que há o agravamento dos quadros em relação ao isolamento social. Além da intensidade e aumento dos sintomas, os sujeitos apresentaram influências diretas nas suas relações familiares, na administração de medicamentos e a ausência dos espaços de elaboração dos CAPs, demonstrando maiores adversidades para os sujeitos em encontrar recursos de enfrentamento para lidar com seu sofrimento psíquico.

Além disso, nos relatos dos profissionais se apresenta o agravamento de crises acolhidas nos serviços nesse período:



*“então começou a vir muita gente com crises decorrentes desse isolamento, na quarentena. Outras pessoas começaram a vir com questões que nunca tiveram, por exemplo, uma crise maníaca, psicótica, depois de ter covid, teve e veio para cá. Tiveram algumas pessoas que a gente atendeu após ter covid que abriu uma crise, e teve inclusive algumas que foram internadas, depois vieram para cá.”*

*“E houve caso de suicídio. (...) de pessoas que a gente não conseguiu incluir na oficina. Porque foi uma coisa que a gente fez muito, aumentou muito o uso desse dispositivo da busca ativa. De ligar e saber como estava, mas às vezes não fazia uma sessão online ou por telefone, estávamos acompanhando alguns casos pelo telefone, mas e os casos que não conseguimos acessar? Não tínhamos tempo de ligar para todo mundo, ou quem não tinha WhatsApp para ser incluído no grupo, não consegui incluir, às vezes a gente tenta ligar em todos os telefones e não atende, as pessoas mudam (...) eu sei que impacta o servidor, nesse sentido de falar “Poxa, a gente não conseguiu acompanhá-lo, né? e aí aconteceu esse suicídio.”*

*“A demanda de ansiedade e suicídio lá em cima, eu tenho a impressão de que aumentou um pouco mais. Pessoas entraram em crise, e foi uma crise mais ou menos manejada, mas é isso, como não estavam ali com todos os dispositivos, entraram em crise em seguida de novo, e aí sim já estavam com CAPs funcionando mais, a gente conseguiu ter um pouco mais de alcance.”*

A manifestação de demandas relacionadas às crises de saúde mental, inclusive de suicídio, se fez presente nos serviços. Foram acolhidas crises de ordem maníacas e psicóticas com temáticas relacionadas ao isolamento social e à quarentena, assim como o acolhimento de usuários do sistema de saúde que entraram em crise após a contaminação pela COVID-19, casos que após a internação hospitalar foram encaminhados aos serviços especializados de saúde mental com demandas psíquicas associadas a experiências pandêmicas.

Inclusive, apresentam-se casos de suicídios efetivados no período crítico da pandemia durante crises de saúde mental. Diante desse cenário, o traumático da pandemia

se manifesta pelo excesso transbordante de afetação dos sujeitos pelas sintomatologias apresentadas nos quadros clínicos acolhidos nos serviços, colocando em cena o desamparo, citado por Birman (2021), pelo terror da morte e a angústia do insabido da pandemia. Ainda nessa perspectiva, Birman (2021), ao apresentar o conceito de desalento na pandemia, relaciona-o com a ausência de um discurso apaziguador e o oferecimento de condições pelo governo para que a população possa ser acolhida pelas entidades de saúde, por exemplo, diante do desamparo.

Sendo assim, nas falas dos participantes percebe-se a dificuldade de acompanhamento ambulatorial dos serviços de saúde mental diante dos grandes números de demandas e a impossibilidade de alcance das equipes em relação a esses usuários, devido às condições de vulnerabilidade e de acesso às tecnologias, não tendo acesso ao acolhimento oferecido em momentos crise, além dos efeitos nos serviços, diante da dificuldade dos profissionais em realizar a busca ativa desses usuários.

O CAPS, sendo um serviço que em sua essência visa o atendimento comunitário, conseguia manejar situações de crises e demandas relativas a suicídio, que em um sistema ambulatorial, não sendo possível fazer a busca ativa de todos os usuários do serviço, não é possível acolher a todos. Vale ressaltar, também, o impacto direto nos servidores de saúde mental diante das demandas e das condições de trabalho nesse período, quando relatam que se questionam diante da prática clínica e do alcance de seu trabalho devido ao atendimento ambulatorial realizado e a impossibilidade de acompanhar de perto o paciente, como conseguia conciliar anteriormente com os grupos terapêuticos.

### **Evasão do CAPS devido aos sintomas**

Em relação à repercussão da pandemia nos serviços de saúde mental, apesar da grande demanda, foi evidenciado uma terceira categoria temática de análise, a evasão dos usuários nos serviços devido à cronificação dos sintomas desenvolvidos, gerando impossibilidade de acesso aos CAPS, como registrado nas seguintes falas:

*“muitas pessoas que estavam com problema de ansiedade, mas que não tinham vindo, porque estavam com tanto medo de vir, que não vieram (...) vieram no pós-pandemia, mas como efeitos da pandemia, de crises.”*

*“A gente teve que começar a lidar (com as demandas) quando as pessoas começaram a voltar, quando conseguiram vir para o serviço, imagina: pessoas com questões paranóicas, psicóticas, muito desconfiadas ou com questões de pânico, ansiedade, essas pessoas não saíam na rua, elas não conseguiam vir para cá, elas tinham muito medo, elas achavam que iam chegar aqui e pegar alguma coisa. Esse início foi muito difícil, gerou uma paranoia coletiva, não só dos pacientes, nossa também. Então a gente tinha muita dificuldade de acessar as pessoas e continuar um tratamento, então romperam muitos vínculos, pessoas que ficaram muito tempo sem vir para cá, pararam de tomar medicação, não vinham às consultas, mas tinham crises, surtavam.”*

*“Essa época teve muito adoecimento mesmo, de pessoas que também não chegavam no CAPS, com crises de pânico, ansiedade, depressão. Isso se mantém ainda, um resquício de demandas.”*

*“Quem conseguia vir era mais desse campo depressivo, porque quem está nesse campo depressivo consegue se organizar para vir para o atendimento, quem está no campo maníaco e psicótico não.”*

O agravamento nas sintomatologias foi um dificultador ao acesso dos pacientes aos serviços de saúde mental. As condições da época de contaminação da COVID-19 foram conteúdos causadores de sintomas psíquicos, como temáticas de crises psicóticas e sintomas paranóicos, por exemplo. O medo associado à contaminação fez com que os usuários dos serviços não conseguissem sair de casa para ir até os CAPS demandar atendimento. Apesar da crescente demanda do período pandêmico de casos de saúde mental, a própria pandemia abriu espaço para a evasão dos usuários, se mantendo em casa com sintomatologias graves e crises, afastados de uma escuta qualificada oferecidas nos serviços.

Houve rompimentos de vínculos dos usuários com as equipes, e após o retorno dos atendimentos presenciais, e da retomada gradual das atividades oferecidas pelos CAPS, ainda chegam demandas nos serviços de pessoas com resquícios de crises e de quadros agravados que não tiveram acesso aos CAPS durante a pandemia.

## **Categoria 2: Impacto da pandemia e a criação de dispositivos clínicos**

*“Acho que foi um período muito criativo, de encontrar soluções, perceber que muitas coisas podiam ser feitas”*

Nessa categoria analisaremos como os impactos da pandemia na saúde mental influenciaram a criação de novos dispositivos clínicos a fim de acolher as demandas dos usuários e garantir o cumprimento das recomendações frente à COVID-19. Assim, foram agrupados os relatos dos profissionais acerca dos dispositivos clínicos de atendimentos nos serviços de saúde mental durante o período da pandemia, desde fevereiro de 2020, quando foram instituídas as orientações acerca do funcionamento dos serviços especializados em saúde mental que visavam a determinação de atividades a serem executadas por cada serviço de saúde no período pandêmico, até a época das entrevistas, em abril de 2023. Também foram analisados os diários de campo produzidos após a participação da pesquisadora nas reuniões de equipes de serviços especializados em saúde mental, que tiveram como objetivo discutir como funcionaram os serviços durante a pandemia.

A partir desse conteúdo, foram identificadas as seguintes temáticas: (a) atividades desenvolvidas: do atendimento ambulatorial a criação de novos dispositivos clínicos; (b) os efeitos sobre o tratamento dos usuários e na atuação dos profissionais.

No Distrito Federal, diante do estabelecimento das ações tomadas, a Diretoria de Saúde mental da SES-DF publica a recomendação nº1/2021, em abril, que reforça a vigência da circular nº 2/2021, que orienta especificamente os profissionais e serviços especializados em Saúde Mental para lidar com o contexto de pandemia. Com a demanda acerca do grande número de infecções e mortes relacionados à COVID-19, foi necessário convocar outros serviços profissionais multidisciplinares para agirem nos hospitais de campanha e nos centros de vacinações. Assim, os profissionais da saúde mental também foram redirecionados em suas funções para agregar força de trabalho em equipes específicas para atendimento da COVID-19 (BRASIL, 2021)

Para além do redirecionamento, a impossibilidade de estar em contato com o outro fez com que a Secretaria de Saúde lançasse de tempos em tempos determinações acerca das atividades permitidas ou não nos Centros Especializados de Saúde, como a suspensão

das atividades coletivas nos serviços de saúde mental e o estabelecimento dos atendimentos ambulatoriais nos mesmos, como demonstra a fala da Diretora de Saúde Mental da Secretaria de Saúde, Vanessa Soublin, na 3ª Conferência Distrital de Saúde Mental, realizada em Brasília, em junho de 2022:

“Segundo a diretora, os serviços de saúde mental foram essenciais durante a pandemia, funcionaram o tempo todo, com algumas adaptações quando os grupos não podiam acontecer em razão das orientações sanitárias. “Bem no início até houve uma queda na procura. Mas, depois disso, percebemos um grande e constante aumento na procura, que se mantém até hoje”, informou Vanessa” (BRASIL, 2022c).

O material coletado nessa pesquisa evidencia como se deu o início das atividades nos serviços de saúde mental quando os dispositivos clínicos, como os grupos terapêuticos, não puderam mais ser realizados.

*“Teve um momento de: “Meu Deus, o que é isso?”,” O que que está acontecendo?” De repente cancela todos os grupos, mas a gente nunca parou, nunca parou de atender acolhimento e emergências individuais. Ficou um fluxo que deu para administrar; porque tinha a nossa escala, mas por outro lado acho que teve uma angústia, da sensação da gente não estar dando conta de fato de todas as demandas, das pessoas que a gente acompanhava.”*

*“O CAPS estava trabalhando, porque existia inclusive um risco de realocarem todo mundo para fazer demanda de pandemia. O que aconteceu, isso foi uma coisa que mudou, a gente foi cedido em alguns horários, para dar um apoio na testagem de covid, depois deu apoio na vacinação, então a gente participou.”*

*“Então a gente foi seguindo um pouco essas portarias assim e experimentando coisas, quase sempre alguns profissionais experimentavam primeiro, outros menos, outros demoraram.”*

*“No começo todo mundo parou de trabalhar, a gente ficava aqui ligando para o povo, fazendo vídeo chamada, a gente só trabalhava pelo celular institucional, que só tinha um inclusive pra equipe toda (...) os únicos atendimentos que não*

*iam ser cancelados eram da psiquiatria. (...) Logo depois, foi autorizado que a gente começasse a fazer atendimentos individuais também, fora da psiquiatria, e a gente começou a fazer.”*

Em um primeiro momento, com os primeiros direcionamentos da secretaria de saúde, os serviços se adaptaram as demandas de saúde em geral, inclusive realocando os profissionais de saúde mental para as ações direcionadas à pandemia da COVID-19. Nos serviços especializados, o contato com os usuários se deu por meio de ligações e atendimentos pontuais, o fluxo diminuiu, e os profissionais não conseguiam mais alcançar todas as pessoas que eles acompanhavam de maneira próxima por meio das atividades coletivas.

Os profissionais se encontraram em uma posição de desamparo, com sentimento de que o serviço iria, de certa forma, paralisar, pelo menos da maneira como funcionava habitualmente. Ou seja, o traumático do social também atingiu os profissionais, não apenas de maneira pessoal, mas também em sua prática profissional. O desamparo e o desalento trazido por Birman (2021), podem ser vistos expressos também nas equipes de saúde mental, que de imediato perdeu o suporte no trabalho, não tendo recursos para continuar os cuidados com os usuários. Era então, nessa perspectiva, um sofrimento psíquico para os profissionais, além da própria experiência com a pandemia, o não saber o que fazer e não ter apoio na sua prática.

Os relatos demonstram também uma modificação inicial no enquadre clínico, do cuidado de modo coletivo estabelecido para os serviços substitutivos de saúde mental, que, devido à tentativa de adaptações e às particularidades de algumas unidades, o acompanhamento individualizado começou a ser a opção:

*“virou ambulatório, não tinha mais grupos, isso foi muito difícil para os pacientes, para gente, foi um período bem complicado, porque a gente teve que se reinventar. ‘E agora que que a gente faz?’ ‘Como é que a gente atende essas pessoas?’ e ao mesmo tempo começaram a chegar muitas pessoas com questões de sofrimento diretamente ligada à pandemia.”*

*“Mudou completamente. O CAPS virou um ambulatório, uma policlínica, uma outra coisa, foi focado em atendimentos individuais.”*

*“Ficaram meio uns fios soltos assim durante a pandemia, porque é isso, não tinha o grupo de boas-vindas, não tinha a escolha de grupos, não tinha nada disso, então o fluxo ficava dependendo muito da possibilidade de fazer uma busca ativa da pessoa, de ter os atendimentos individuais, mas não estava dando, não ia dar conta de fazer isso com todo mundo, seria impossível, por exemplo, ter atendimento psicológico para todo mundo que frequenta aqui, não cabe na agenda. Então algumas coisas ficaram um pouco mais pontuais.”*

*“Os acolhimentos foram presenciais, os atendimentos individuais, alguns a gente fez online, mas assim (...), em termos práticos, em termos do serviço como um todo, gerou uma certa pressão ambulatorial.”*

Um serviço de atenção primária relata que as atividades regulares de saúde mental que ocorriam no local ficaram suspensos até o início de 2022, os grupos terapêuticos e os grupos das práticas substitutivas de saúde oferecidos aos usuários foram suspensos durante a pandemia pois a equipe se uniu para poder trabalhar nos testes e vacinas de COVID-19, assim como atender demandas de vulnerabilidade social que chegavam no serviço.

Muitos profissionais, em um segundo momento, após um período de se sentirem perdidos e sem referências para construir novas maneiras de atendimento frente à situação trágica, mudaram sua prática para poder atender as demandas de urgência da pandemia. Este serviço, que também acolhia demandas relativas à saúde mental, relata que mantiveram como ação à saúde mental dos usuários alguns contatos via telefone, quando possível, e alegam não terem aderido à modalidade online, porque a população majoritária dessa unidade é da terceira idade, tendo dificuldade de acesso ao meio digital, não comportando a demanda.

Outro serviço, o hospital de referência durante a pandemia, por ser porta de entrada para demandas de saúde mental e de demandas de COVID-19, ficou superlotado. Contam que não houve apoio interno e governamental para manter os atendimentos

relacionados a saúde mental, ocorrendo diminuição de leitos disponíveis para saúde mental, a fim de acolher os casos de emergência da pandemia. Relatam que a procura do serviço referente a crises de saúde mental também aumentaram e que, além dos pacientes do hospital, as ações de cuidado se estendiam aos familiares, o que não comportava tamanha procura devido à falta de estrutura.

Outro exemplo de adaptação do atendimento no serviço de saúde mental foi em um CAPS adulto, em que a equipe relata ter se transformado em um serviço de atendimentos ambulatorial, pois, com as suspensões dos grupos, foi gerada uma sobrecarga na instituição para o atendimento individual, sendo o triplo da capacidade máxima do serviço. Relatam que as atividades do serviço foram adaptadas, porém os próprios profissionais providenciaram condições para manter os acompanhamentos, por exemplo, com a utilização dos dispositivos dos próprios servidores, já que o serviço não tinha estrutura para atender as demandas no formato online.

Apesar de tal realidade, os serviços não interromperam suas atividades, adaptaram, com equipe reduzida, para cuidados pontuais com o público, fazendo acompanhamentos mais individualizados, diretos e sucintos.

Se em um primeiro momento a equipe lidou com o desamparo diante da situação de catástrofe, em um segundo momento desenvolveu uma capacidade de reinventar a prática nos serviços em um contexto pandêmico, buscando sustentar uma escuta e reconhecendo que era possível fazer alguma coisa em relação, por exemplo, à falta de acesso à internet por parte de alguns usuários, de computadores e celulares. Porém, era possível fazer alguma coisa, e, criativamente, os profissionais conseguiram se mobilizar para isso, apesar de que, no caminho, foram encontrando certas frustrações, e, mesmo com ideias criativas, o mundo real os confrontou com a castração de que havia limitações para o trabalho. Além das questões de saúde mental, eles foram confrontados com problemas dos usuários relacionados à precariedade social e à vulnerabilidade.

Seja pelas particularidades de cada unidade de saúde ou pela necessidade de adaptação inicial, o atendimento ambulatorial, inicialmente, foi a opção possível a ser oferecida para a população. Porém, em busca de acolher o grande número de demandas e tornar mais acessível o acolhimento das angústias da pandemia, os profissionais, visando a política de cuidado estabelecido pela Lei 10.216/2001, se inquietam e buscam dispositivos clínicos a serem utilizados na rede de atenção à saúde mental que



comportem as especificidades do isolamento social, um desafio frente à proposta de um serviço comunitário.

Após a Reforma Psiquiátrica, Resende (2015) pontua que a convivência é fundamental para as intervenções na atuação do profissional do serviço de saúde mental. A convivência é um dispositivo ético-político da clínica do cuidado, sendo uma das principais formas de auxílio no acompanhamento dos sujeitos atendidos pelo serviço de saúde mental. Por meio da convivência, o sujeito pode estabelecer laços e trabalhar seu modo de ser e estar no mundo.

Destaca-se que, nessa forma de atendimento ao usuário do serviço, a relação e a construção dos vínculos sociais são de extrema importância (FLESLER, 2012), pois é uma transferência compartilhada, onde a presença real dos outros significa essa união entre os sujeitos ali implicados.

E diante do paradoxo entre a proposta de trabalho dos serviços de saúde mental e as condições impostas pela pandemia, o que é possível manter? O que se pode fazer? Percebe-se na fala dos entrevistados uma autorização coletiva dos profissionais a fim de buscar contorno em sua prática, buscando novas maneiras de tornar a ação de sua escuta o mais coletiva possível, com o intuito de manter os vínculos sociais e os espaços de simbolizações já estabelecidos em tempos pré-pandêmicos.

*“Funcionava de uma forma um pouco mais ambulatorizada; a gente tentava ir contra essa maré, de fazer atendimentos conjuntos, pensar sempre dentro dos dispositivos, dos recursos da equipe, falando “‘Não, essa pessoa tá pensando disso, disso e disso’”, de se incluir outros profissionais, não ficar só naquela coisa ali, só psiquiatria e psicologia, enfim, circularia mais. Alguns funcionaram nessa modalidade mais ambulatorial, outros até conseguiram os dispositivos online de grupo.”*

*“Acho que foi um período muito criativo assim, de encontrar soluções, perceber que muitas coisas podiam ser feitas, que eu nunca imaginei que podiam ser feitas, especialmente esses atendimentos, essa oficina online. (...) apontar os limites que a gente encontrou e os momentos difíceis e emblemáticos, mas também para*

*contar as potências, nossa, quanta coisa que a gente deu conta de fazer mesmo no meio do caos.”*

*“Fazia lá fora. A pessoa só podia entrar no CAPS se tivesse alguma coisa agendada, então se a pessoa está em crise e eu falo que eu vou atender ele hoje, deixavam ele entrar, só que o problema é que eu não podia falar, eu não conseguia horário meu sem pacientes para agendar, todos os horários e todos os dias, então essa pessoa acabava aqui (...) na hora que saia ele ficava lá fora, e aí às vezes alguém conseguia ir lá fora, mas também a gente sempre ficava muito trancado nos consultórios e a gente não conseguia estar lá fora, então a gente via que os residentes e estagiários conseguiam estar mais lá fora para acolher.”*

Apesar das limitações que modificaram a estrutura de trabalho, acabando com os grupos, houve um processo de criação do trabalho desenvolvido, demandando dos profissionais a reinvenção nos formatos de atendimentos. Com técnicas inovadoras, observação, escuta clínica, houve uma paralisação dos serviços como se estruturavam antes da pandemia, mas não houve uma paralisação no trabalho, foi aí que se pôde construir algo nesse momento. Os próprios profissionais se autorizaram em criar, sustentando seu trabalho não pela ética institucional, em que estabelecia um enquadre clínico até flexível, mas bem definido.

O trabalho pode se desenvolver por outra via, pela ética da escuta. Para psicanálise, segundo Santoro (2006), o conceito da ética na clínica se dá por aquela que se trata de um bem dizer, no sentido de que produz efeitos, que é operatório no tratamento. Durante a pandemia, os profissionais puderam criar condições para que se pudesse operar o tratamento proposto na instituição. Assim como nos exemplos a seguir:

*“(O grupo online) foi uma experiência muito legal. Na primeira, segunda semana, foi esse grupo de WhatsApp, a gente ficava passando uns exercícios, e a ideia era a gente se comunicar lá, fazer esses exercícios, e mandar os vídeos para todo mundo ver, também usar aquele grupo para mandar materiais de apoio para pandemia. Funcionou muito bem por essas primeiras semanas, depois eu organizei uma oficina online com eles, e aí foi muito legal para os que*

*conseguiram participar, a gente teve dificuldade da questão do acesso, né? Então foi limitado o acesso. Inclusive a gente percebeu que algumas coisas foram trabalhadas nessas oficinas, que nunca tinham sido trabalhadas antes no presencial.”*

*“Funcionou muito legal para quem estava ali conseguindo, estar inserido, estar aderindo, foi possível; tanto por questões práticas de internet, quanto por questões psíquicas, de fazer sentido, de dar conta de estar ali. Alguns, a gente percebeu, até que se soltaram mais nesse dispositivo online e que estavam muito apropriados disso. (...) Fica uma coisa para além daqui, do momento da oficina, como se estivesse movimentando algo lá fora, na vida deles, na casa deles.”*

Dentro das possibilidades dos profissionais e do serviço da unidade, foram se estabelecendo formas de trabalho para continuidade e acolhimento das demandas dos pacientes e das famílias. Em outra unidade especializada à saúde mental, foram realizados grupos terapêuticos na modalidade online, assim como atendimentos individuais, acolhimento e atendimento de modo presencial, tanto no serviço quanto em domicílio, sendo que os encontros foram adaptados, o distanciamento foi mantido. O atendimento era realizado em local aberto, preferencialmente na rua, tomando os cuidados para garantir sigilo. O uso de máscaras e álcool 70% foram exigidos nesses momentos.

Segundo Cardoso et al (2022), a emergência pandêmica não poupou a clínica de seus efeitos, e exigiu adaptações diante do acolhimento e atendimento daqueles que buscaram suporte. Seja por um atendimento clínico ambulatorial, de emergência, ou por um acompanhamento mais próximo realizado por equipes multiprofissionais em instituições de saúde mental, o enquadre clínico sofre alterações.

Entende-se por enquadre clínico aquilo que visa criar uma referência para lidar com o processo terapêutico e que funcione como suporte para a técnica, suspendendo alguns elementos ambientais. Sendo assim, é tanto a organização de questões materiais que atravessam o cenário clínico, como os acordos, mas também diz respeito a dimensões físicas, no caso, como o ambiente físico ou online. Todas as questões do enquadre influenciam nas condições básicas para que o tratamento ocorra (Cardoso et al, 2022). O

enquadre clínico é o que possibilita o processo por tornar certos aspectos observáveis no processo psíquico do sujeito.

Segundo Brasil (2021), o enquadre clínico permite depositar a parte simbólica do sujeito, pois, a partir de dispositivos clínicos presentes no enquadre, é que será possível estabelecer uma relação transferencial entre os sujeitos em questão, o que sofre e o analista. A partir da transferência será possível estabelecer o trabalho de escuta do sofrimento em relação ao traumático, tendo potencial para simbolização.

Considera-se que a partir do manejo da escuta clínica, na criação de novos dispositivos, pôde-se acessar o traumatismo da pandemia da COVID-19, daquilo que se constitui como trauma na subjetividade, já que a presença do vírus produz uma precarização generalizada, provocando desorganização e afetando a sociabilidade, causando formações sintomáticas (Gouget, 2023). Os serviços de saúde mental do Distrito Federal se modificaram na forma de atendimento à comunidade, abarcando as demandas relacionadas aos impactos diretos da pandemia na saúde mental, como medo da morte, adoecimentos e isolamento social, quanto no sentido tecnológico, procurando inovações para atingir o público dada a impossibilidade, em muitos casos, de manutenção de atendimentos presenciais e grupos (Oliveira et al., 2020; Andrade et al., 2020; Noal et al., 2021; Pollejack et al., 2021).

Por meio dos dispositivos clínicos houve o cuidado que, para Rezende (2015), visa à emancipação do sujeito ao ser sensível às necessidades e particularidades, respeitando a dimensão do sofrimento. A possibilidade de convivência, o estar junto, fazer junto e deixar ser do sujeito são fundamentais para sustentar o lugar de cuidado do profissional para com os usuários do serviço, na possibilidade de estabelecer relação entre eles, e assim fazendo-o falar, simbolizar.

Nesse sentido, além do cuidado, os dispositivos clínicos utilizados puderam sustentar uma “linguagem” para os sujeitos, já que veio à tona conteúdos antes não trabalhados nos grupos presencialmente. Roussillon (2019), nos convida a pensar sobre as condições necessárias para que o dispositivo tenha princípios analisadores a fim de que seja efetivo para o processo simbólico do paciente. Para tal, se faz considerar aspectos determinantes e condições que implicam regras básicas para sua concepção e aplicação.

Assim, para que haja um “bom” dispositivo clínico, ou seja, um dispositivo que permita simbolizar deve-se considerar condições que devem preencher determinado

número de funções. O dispositivo clínico deve facilitar o trabalho e a apropriação subjetiva do paciente, permitindo que o sujeito que sofre possa trazer sua realidade psíquica para a cena analítica no encontro com o clínico, podendo trabalhar questões relevantes que possibilitam a elaboração. O dispositivo permite a organização das condições do encontro clínico, apresentando particularidades e qualidades para que o processo terapêutico cumpra sua função (Roussillon, 2019).

O dispositivo clínico permite que a relação entre o clínico e o sujeito em sofrimento se estabeleça, possibilitando que ele desenvolva confiabilidade e perceba a confiabilidade daquele que o escuta, afinal são princípios básicos para que esse encontro ocorra. Nesse contexto, o dispositivo clínico permite que a relação entre o clínico e o sujeito possa sustentar os ódios, as ambivalências e os medos que o atravessam. Para tal, o estabelecimento da confiança no cenário da clínica se torna o contrato simbólico entre os sujeitos em questão (Roussillon, 2019).

Desse modo, é um “fazer falar” que o dispositivo propõe ao paciente, sendo uma condição do encontro e o endereçamento da fala, operatório para o tratamento, permitindo falar/que ele fale sobre seu mal dizer.

Sobre as particularidades do cenário clínico, Ferenczi (1928/1992) conceitua sobre a elasticidade da técnica, que se baseia no conhecimento da técnica e da teoria por parte do analista, porém considerando que suas interpretações, construções e intervenções deverão estar à mercê do paciente, daquele que pode tomar como verdade, ou não, tais intervenções. É um trabalho sem garantias, que deve se colocar à disposição do paciente, sem renunciar ao teor técnico, se permitindo ceder às tendências do paciente.

No trabalho desenvolvido com os grupos terapêuticos online e nos atendimentos ao ar livre, há o estabelecimento de condições para que o trabalho de simbolização, circulação da palavra e convivência ocorra. Sustenta as condições fundamentais para a técnica, porém adaptado à realidade pandêmica e ao usuário, mantendo o rigor teórico para o trabalho de escuta e elaboração.

Percebe-se que, no trabalho relatado, foi possível manter as condições de trabalho em grupo, mesmo com a modificação do contexto pandêmico. Sendo assim, o ganho na criação de novos dispositivos clínicos para se adaptar às limitações, promove a possibilidade de se fazer uma escuta diante da adversidade, acolhendo as demandas que chegam ao serviço e que também são atravessadas pela pandemia. Há a possibilidade de

criação, a possibilidade de continuação de um trabalho desenvolvido anteriormente, além de dar espaço de escuta e trocas com um mal-estar que perpassa toda a população mundial.

Porém, os novos dispositivos clínicos criados e aplicados durante a pandemia também tiveram outros efeitos nos usuários e nos profissionais das instituições. Para os usuários dos serviços podemos observar que:

*“também houvera momentos de conflitos virtuais no grupo, que foram complexos de manejar (...) As oficinas online, ainda existem, e às vezes ainda dá alguns problemas de conflitos virtuais. É um espaço deles, da gente combinar coisas e deles se sentirem pertencentes, de estarem ali juntos, conversarem entre si. Então o grupo continua existindo.”*

*“Teve alguns momentos que eles próprios se organizaram para fazer vídeo chamadas entre si, eu achei isso muito interessante, como que isso também, para quem foi possível, acabou gerando uma certa educação tecnológica, e que virou mais um recurso, que às vezes, para quem não tá conseguindo sair de casa, pode ser muito bom.”*

*“Em relação à oficina online, tem a ver com acesso digital, ou familiaridade, que alguns não tinham tanto acesso assim, nunca tinham feito vídeo chamada, por exemplo, não sabiam mexer, mas que tinha um celular, tinha uma internet razoável em casa e aí foi possível, inclusive gerou até mais recursos para aquela pessoa, depois de usar em outros espaços da vida dela, e até para apoiá-la durante a pandemia, porque todo mundo estava precisando fazer vídeo chamadas.”*

Fazer os grupos online gerou efeitos na vida social dos usuários dos serviços, visto que muitos tiveram acesso à tecnologia pela primeira vez, aprendendo como manejar os aparelhos celulares e computadores, podendo utilizar recursos de comunicação e replicar esse uso em outras vivências de sua vida, a utilização do online permitiu apoiar, ser mais um recurso para os sujeitos para manter seus vínculos sociais. Inclusive, nas relações

entre os próprios usuários, permitindo que se comunicassem entre si em momentos diferentes dos grupos terapêuticos, tanto em chamadas de vídeo para estarem juntos, conversarem, marcarem algum encontro, quanto para resolução de conflitos relacionais. A comunicação online, permitiu a manutenção e o estabelecimento de vínculos afetivos e sociais, princípios básicos para os dispositivos em saúde mental.

Já na perspectiva dos profissionais dos serviços, o efeito das intervenções no contexto pandêmico foi descrito dessa forma:

*“achei muito difícil a sensação de estar tendo que lidar com algo assim, oferecer o espaço de escuta, de apoio emocional, enfim, alguma coisa nesse sentido, no espaço clínico, de sustentar esse lugar para escutar coisas que eu também estava vivendo ao mesmo tempo. Ter que lidar com uma coisa que também estava acontecendo comigo, tendo que lidar com toda aquela atmosfera de medo e aí também o atravessamento político disso, foi muito estressante. (...) E então era essa sensação de ter que estar sustentando algo, que eu também precisava de sustentação.”*

Profissionais de saúde mental de um CAPS relatam que a sobrecarga nos serviços afetou diretamente a saúde mental dos próprios profissionais, pois eles também estavam vivenciando questões pessoais acerca do desconhecido da pandemia, além de lidar com a falta de estrutura para continuidade do trabalho. Relatam que diversos profissionais foram afastados legalmente de seus trabalhos, em diversos momentos, com atestados médicos relacionados a questões de saúde mental.

Os profissionais da saúde pública também vivenciaram, enquanto sujeitos, a mesma realidade dos usuários dos serviços. Também imersos na pandemia, foram afetados com o medo, as angústias e as incertezas do momento, encontraram dificuldades em lidar com os sentimentos e afetações pessoais na pandemia e, ao mesmo tempo, em trabalhar na saúde mental acolhendo pessoas com vivências muito parecidas com as suas. Mucke et al. (2020), aponta que as extensas jornadas de trabalho dos profissionais de saúde, assim como a falta de acesso a materiais, a sobrecarga e o medo de contaminação no trabalho, colaboraram para a ocorrência de sentimentos de desamparo e solidão.

Além dos efeitos demonstrados acima, os dispositivos clínicos online também apresentaram limitações acerca de sua efetividade nesse período:

*“tiveram alguns que não conseguiram acessar essa experiência; teve momentos também de pessoas que ficaram em crise, e que aí a gente percebeu, que os dispositivos online realmente não deram conta.”*

*“O que eu percebi foi que o grupo online atendia quem menos precisava, porque já que eram pessoas com mais dinheiro e com mais tecnologia, as pessoas estavam melhores. E a que não tinha nada, estava mais isolada, porque não podia participar do grupo online.”*

*“Então assim, já começa aí, que a gente não teria materiais para fazer nada online, nenhum material; a gente conseguiu porque a gente correu atrás, e a gente tinha poucos materiais; porque o computador já era um problema, a maioria dos usuários tem zap, não conseguiam abrir meet e tal, o computador já não funcionava com todos, e o celular era um para todo mundo, que às vezes inclusive ele estava ocupado com o pessoal marcando consulta; então assim, era bem limitado, por exemplo às vezes eu marcava um horário com paciente, mas era o horário que a pessoa também tinha marcado, era o horário que o outro estava ligando, então era meio caótico; era uma briga por esse celular no período de quem queria fazer.”*

Os dispositivos clínicos online apresentaram também algumas limitações no alcance diante de algumas situações específicas. Diante de algumas demandas de crise, seja psíquica ou de vulnerabilidade, o acompanhamento online não foi possível viabilizar o contato e o trabalho entre a equipe de saúde mental e o usuário, seja pela distância física ou pelo usuário não ter acessibilidade à tecnologia, por estar em vulnerabilidade econômica e social, restringindo assim o público das intervenções realizadas.

Há também as condições dos serviços de saúde, que não ofereciam aos profissionais a estrutura necessária para a aplicação das atividades e o contato com os pacientes. A falta de celulares e computadores, de rede de internet, de telefones



inviabilizaram o alcance desses usuários, pois os profissionais se revezavam para responder às demandas por essas vias de comunicação, limitando a possibilidade de intervenção e lentificando o trabalho realizado.

### **Conclusão**

A pandemia implicou diretamente no cotidiano da população. A retirada do sujeito dos espaços coletivos, impondo-se o isolamento social fez com que fosse restringido o contato social, a vida laboral, familiar, escolar, de lazer, dentre outras, ficando o sujeito restrito ao ambiente domiciliar. Além disso, o temor da morte e o contato com a finitude e a doença que a pandemia determinou fez com que toda essa situação catastrófica se estabelecesse como um trauma na coletividade, sendo vivenciada com marcas nos sujeitos.

Os serviços de saúde mental também foram afetados por tal realidade e se viram na necessidade de acompanhar as determinações da Secretaria de Saúde, a fim de garantir os cuidados com a saúde da comunidade. Impossibilitados de manter as atividades habituais, saindo de um enquadre familiar para se reinventar frente à realidade que se estabelecia, diante dos usuários com menos recursos para lidar com o traumatismo da pandemia e com afetações em suas relações, as instituições de saúde mental, dentro das possibilidades, não os deixaram desamparados.

Nos acompanhamentos realizados durante a pandemia, observa-se um crescimento significativo em quadros de medo, luto e o sentimento de desalento. Apresenta-se também a cronificação de quadros de ansiedade e depressão que já estavam sendo acompanhados pelos serviços antes da pandemia. Já, após o início da pandemia, relata-se o aumento de demandas relacionadas a crises psicóticas, maníacas e com conteúdos de paranoia, além de suicídio.

Apesar do agravamento dos quadros psicopatológicos, os serviços de saúde mental assinalam uma evasão dos usuários durante o período pandêmico devido à intensidade e à soma de novas sintomatologias. Os usuários mais afetados, que tiveram crises e tentativas de suicídio, não conseguiam sair de casa para ir aos serviços solicitar acompanhamento.

No acolhimento dessas demandas pandêmicas, os serviços de saúde seguiram as determinações das Secretarias de Saúde para a continência da contaminação da COVID-19 e se adequaram para a continuidade das atividades. Os serviços especializados à saúde mental perderam seu rigor comunitário nesse período, pois num primeiro momento os atendimentos ambulatoriais eram a opção possível para a continuidade do trabalho.

No decorrer dos anos de pandemia, além dos atendimentos ambulatoriais, os dispositivos clínicos e o enquadre foram adaptados. A clínica teve que se adequar diante das possibilidades do profissional, da necessidade do paciente, sem desconsiderar as determinações do momento pandêmico. A criação dos dispositivos online e as adaptações realizadas para os atendimentos individuais, mantiveram as determinações essenciais para a funcionalidade do dispositivo clínico, que em época de pandemia exigiu mais determinações em sua prática. A busca de adaptações para atendimentos online e em espaços abertos foram baseados pelo rigor clínico.

Porém, os dispositivos clínicos apresentaram limitações acerca do seu alcance, visto que algumas situações apresentaram especificidades em relação às demandas, impossibilitando o acesso de alguns pacientes e profissionais. Ainda assim, os que conseguiram utilizar desse recurso, apontaram outros efeitos, além da continuidade dos grupos terapêuticos, como a manutenção dos vínculos sociais e afetivos.

As instituições da Secretaria de Saúde não deixaram de acompanhar seus pacientes e suas famílias, podendo acolher o crescimento das demandas no período pandêmico. As impossibilidades impostas pelo momento não fizeram com o que serviço parasse seu trabalho, apesar da necessidade de modificar os dispositivos clínicos e renunciar a algumas atividades.

## **Manuscrito 2**

### **Escuta psicanalítica em tempos de pandemia: Um estudo exploratório dos serviços de saúde mental no Brasil e na França.**

#### **Resumo**

A história da loucura é marcada pela exclusão e pela ausência de políticas públicas humanizadoras, porém essas políticas foram se modificando ao longo dos anos, com movimentos diversos em busca da inclusão social e do cuidado em liberdade. O Brasil e a França, nesse sentido, possuem caminhos particulares frente à saúde mental. Enquanto

na França, nos anos 1940, houve o movimento de setorização do sistema asilar francês, tornando a “cidade dos loucos” em a “cidade para os loucos”, no Brasil, nos anos 1970, o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a desconstrução do sistema manicomial e a construção de um sistema substitutivo de saúde. Nos modelos de atenção à saúde mental, da França e do Brasil, podemos encontrar a prática clínica de profissionais de saúde mental que tem sua atuação apoiada teoricamente pela psicanálise, e que atuaram diante da situação pandêmica que se iniciou em 2020. Sendo assim, com o objetivo de investigar a experiência pandêmica na França e no Brasil, visto que os países tomaram posições diferentes frente à pandemia, este trabalho apresenta o vírus enquanto uma metáfora, pois foi possível observar o impacto das vulnerabilidades sociais que aparecerem de maneira mais clara nesse período. Conclui-se, então, acerca da importância dos discursos governamentais em períodos catastróficos, a fim de dar continência à população e conseqüentemente sendo um agente de apaziguamento das angústias nesse momento.

Palavras-chave: saúde mental, pandemia, Brasil, França, vulnerabilidade.

### **Introdução**

Inicialmente, é importante destacar que Brasil e França possuem histórias particulares frente à saúde mental, traçando caminhos diferentes para se ocuparem da loucura. Na França, nos anos 1940, Bonnafé e Tosquelle lideraram o movimento de setorização do sistema asilar francês, tornando a “cidade dos loucos” em a “cidade para os loucos”, trazendo a ideia de que o cuidado em saúde mental envolve toda a população, o cuidado extramuros, estruturando um sistema de atenção comunitária, de continuidade do cuidado, para além da hospitalização (Roelandt, 2015). No Brasil, nos anos 1970, com o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inicia-se o movimento dos trabalhadores, familiares e pacientes da saúde mental em busca da desconstrução do sistema manicomial e a construção de um sistema substitutivo de saúde, visando a mudança de perspectiva frente à loucura, ofertando um lugar social e promovendo

potência de vida para os usuários do sistema de saúde, tornando-os sujeitos ativos e incluídos na sociedade e nas novas formas de cuidado ofertadas (Sampaio, 2021).

Apesar de movimentos diferentes dos dois países entre os séculos XIX e XX, a história da loucura possui um caminho comum anterior marcado pela exclusão e pela ausência de políticas públicas humanizadoras voltadas para este segmento da população.

A experiência da loucura denuncia uma história de regulação social marcada pela exclusão e políticas ditas de cuidado. Em sua obra, *História da Loucura (1972)*, Michel Foucault, faz uma construção arqueológica sobre a história da loucura, iniciando com as instituições criadas para o isolamento de pessoas acometidas pela lepra, os leprosários, que no século XIII foi o lugar encarregado não só pela doença da época como por agrupar os estigmas e valores que acompanhavam o diagnóstico. Após a Idade Média, os leprosários se tornaram o lugar de todos que se encontravam às margens da sociedade.

Nessa época, o internamento, nomenclatura utilizada, acobertado pelo sentido da cura, foi, na realidade, criado pelo imperativo do trabalho. A Europa, passando por crises econômicas, com finalidade de organização social, adotava práticas a fim de “impedir a mendicância e a desordem”, como amarrar os sujeitos, obrigando-os a trabalhar em lugares insalubres, chicoteando-os em praças públicas, deixando seus corpos marcados, e, em seguida, expulsava das grandes cidades aqueles que não correspondiam à produção econômica, como mendigos, órfãos, mulheres solteiras grávidas e, dentre eles, os loucos (Foucault, 1972).

Com as revoltas populares, os hospitais gerais começaram a ser destinados ao lugar dessa população, com o objetivo de retirá-los da cena social. Substituindo a política de exclusão, se tornando uma política de detenção, os hospitais gerais estabelecem um sistema implícito de obrigações. Agora os detentos têm o direito de serem alimentados, porém aceitando a coação física e moral. O estabelecimento de instituições permitiu que, dentre as práticas estabelecidas, esses corpos fossem objetos de representação da anormalidade e passíveis de estudos médicos, por exemplo (Foucault, 1972).

Os modelos asilares foram cenário de diversos momentos históricos frente à loucura. No decorrer das décadas, em todo o mundo, começa a se alterar o paradigma da loucura e os modelos de tratamento, em direção a um cuidado para pessoas em sofrimento psíquico na rua, na cidade, na convivência.

A partir dos anos 1950, inicia-se na França a psicoterapia institucional, que gradualmente permite repensar e desenvolver novas formas de cuidado nos estabelecimentos de saúde psiquiátricos. O cuidado que prioriza a existência do sujeito no meio social, a prática extramuros, problematiza e inclui nas práticas de saúde mental os vínculos do sujeito em sofrimento, inserindo, assim, família, amigos, trabalho, comunidade, a vida cultural, e outros, em conjunto com os profissionais, assumindo um cuidado múltiplo, assumindo uma rede de interessados frente ao sofrimento do sujeito (Vaillant et al, 2017).

A mudança de perspectiva do trabalho em saúde mental nas instituições, se confrontou com o sistema sanitário de saúde e o sistema social estabelecidos na França até então. Em 2001, um relatório intitulado “*Da psiquiatria à saúde mental*”, tem por objetivo integralizar a psiquiatria na cidade, implementando os novos dispositivos de saúde mental, implicando a política e todos os interessados. Usando como princípios gerais os direitos humanos e os princípios do cidadão, a proposição permite, por exemplo, redefinir as políticas de setorização psiquiátricas, visando um modelo integrativo médico, social e sanitário; propor as etapas de implementação dos cuidados em saúde mental; propor modalidades de integração da saúde mental nos cuidados primários da rede; lutar contra a estigmatização; promover a voz e o poder do usuário do serviço, permitindo que qualquer um seja um usuário direto ou indireto, dentre outros (Piel et Roelandt. 2001).

Fundada na noção de acessibilidade e continuação do cuidado em saúde mental, a setorização visa promover dispositivos institucionais diversificados e adaptados para intervir nos cuidados necessários para população adulta, infantil e adolescente. Além das hospitalizações de tempo integral e hospitais dia, são oferecidos outros modelos de tratamento, como consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, centros de acolhimento terapêutico etc. (Piel et Roelandt. 2001).

Dentre os dispositivos clínicos, os Centros Médicos Psicológicos (CMPs) oferecem acompanhamento ambulatorial especializado com equipe multidisciplinar de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, a fim de acolher as diversas demandas de saúde mental em um tratamento individualizado (FRANÇA, 2018).

Por sua vez, nesse contexto, o Brasil, a partir dos anos 1970, iniciou o movimento da reforma psiquiátrica que propõe a construção de uma rede de serviços e de estratégias

territoriais e comunitárias, além de ter alterado o campo de atenção psicossocial. A política de saúde mental se pauta na desinstitucionalização como princípio, inspirado principalmente na experiência italiana, porém não só. A reforma psiquiátrica brasileira é influenciada pelos movimentos em prol da saúde mental de toda a Europa, se vinculando aos acontecimentos europeus, trazendo diversas reflexões teóricas e experiências práticas. Primeiramente, há uma crítica ao sistema hospitalar psiquiátrico, reivindicando a característica de hierarquização entre médicos e pacientes. Em um segundo momento, buscam-se maneiras diferentes de se prestar cuidado aos sujeitos com sofrimentos psíquicos graves, substituindo os hospitais psiquiátricos por práticas de promoção de saúde. Por fim, em um terceiro momento, surge a proposta de ruptura do paradigma psiquiátrico, possibilitando a desinstitucionalização e o cuidado da loucura junto às famílias e à sociedade (Puchivailo et al, 2013).

Sendo assim, com a premissa de que doença mental é a redução simplificada de um fenômeno complexo de sofrimento psíquico e práticas asilares, a desinstitucionalização não visa apenas o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, mas também luta a favor da desconstrução de um conjunto de práticas institucionais, simbólicas, sociais e políticas que acompanham os estigmas da doença mental (Rezende, 2017).

Segundo Tenório (2001), a atenção psicossocial se baseia em um conjunto de dispositivos clínicos e instituições que incidem diretamente no cotidiano das pessoas assistidas. Tendo esse fator como realidade no Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade, como o exemplo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço de atenção básica em saúde mental (BRASIL, 2011).

Porém, para o estabelecimento da reforma psiquiátrica no Brasil, não podemos esquecer que ocorreu em sua história movimentos de resistência e de luta dos trabalhadores e dos usuários do serviço. Em 1979, com a visita de Franco Basaglia ao Brasil, o precursor da reforma psiquiátrica italiana inspirou o movimento antimanicomial no país. Formado por trabalhadores de saúde, familiares, sindicalistas e pessoas com longo percurso de internações psiquiátricas, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) denunciou por meio de manifestações públicas, em meio à Ditadura Militar, as condições de degradações humanas em que se operavam os hospitais

psiquiátricos do Brasil, fazendo com que, diante da repressão da época, muitos profissionais fossem demitidos devido à não permissão de qualquer movimento de resistência (Desinstitute, 2021).

Já em 1987, o MTSM, no movimento antimanicomial, propõe, por meio do deputado Paulo Delgado, o projeto de lei da reforma psiquiátrica no país. Após 12 anos, em 2001, o texto foi aprovado e sancionado como a Lei 10.216/2001, ficando conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado. Nela, são definidos os direitos de proteção e cuidados daqueles acometidos com sofrimento psíquico grave, usuários do serviço de saúde mental brasileiro, e o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos com a criação de um sistema substitutivo de saúde mental, em que a internação fica como recurso apenas quando o tratamento fora hospital se mostra ineficaz (BRASIL, 2021b).

Mais tarde, a portaria nº 3.088 de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a organização dos dispositivos oferecidos para atenção às demandas de saúde mental no SUS. Dentre eles, os CAPS, constituídos por uma equipe multiprofissional, conta com atividades realizadas prioritariamente em espaços coletivos, como assembleias, grupos, reuniões articuladas com outras áreas de atenção à saúde, reuniões familiares, integralizando um cuidado especializado que pretende vincular o usuário no tratamento, visando a reintegração dele na vida social e nos vínculos afetivos (BRASIL, 2011b).

Nos modelos de atenção à saúde mental da França e do Brasil, encontra-se a prática clínica de profissionais de saúde mental que atuam em diferentes perspectivas teóricas, porém este trabalho se volta para os profissionais que tem sua atuação apoiada teoricamente pela psicanálise, considerando que há a prática psicanalítica na condução de tratamentos em instituições como os Centros Médicos Psicológicos (CMPs), na França, e os CAPS. A partir da clínica pública de psicanálise, surge o movimento da psicanálise para todos, em que o analista se insere no campo social. Essa nova clínica permite a elaboração de uma estruturação que ultrapassa a mediação tradicional, ideia que vai além da dualidade analista-analisando (Ab' Sáber & Broid, 2017).

Segundo Brasil (2021), a clínica pública psicanalítica propõe uma escuta do sofrimento daqueles que se encontram em vulnerabilidade social, que por vezes não encontram espaços para serem ouvidos diante de um mundo de demandas de urgência e fragilidade coletiva. A participação da psicanálise em espaços sociopolíticos permite

trabalhar com questões relativas à exclusão social e à subjetividade, colocando em evidência a vida psíquica do sujeito e as marcas coletivas que se fazem presentes na vida dele.

A primeira manifestação de defesa da psicanálise inserida em contexto público e gratuito foi feita por Freud em 1918 no Vº Congresso Internacional de Psicanálise, em Budapeste. Colocando que a psicanálise também é capaz de fornecer ajuda àqueles que sofrem por responder às exigências da civilização, Freud reforça a importância do fornecimento de auxílio acessível a grandes multidões que não podem acessar um trabalho de escuta. (Mariano et al, 2018).

No contexto da loucura, marcada com séculos de confinamentos em manicômios e práticas transgressoras ao sujeito e à subjetividade, Nunes (2008) pontua a importância da psicanálise em se colocar no dever ético de escuta do sofrimento da sociedade. É se colocar no serviço de saúde mental em prol de oferecer a possibilidade para o sujeito tramatizar, ressignificar seu sofrimento e se colocar em outra posição frente a sua condição cotidiana.

O psicanalista está inserido no contexto político-social da saúde mental. As reformas psiquiátricas no mundo, e, conseqüentemente, as novas práticas de intervenção, se fazem estruturantes para se repensar a prática clínica psicanalítica, já que uma série de trabalhadores com formação em psicanálise passa a realizar atendimentos em instituições substitutivas ao modelo asilar, nos programas de atenção básica de saúde e nas instituições hospitalares. É a extensão da psicanálise e da criação de dispositivos de intervenção inovadores de atendimento, dando mostras do vigor do saber insabido que a psicanálise coloca em causa (Ab'Sáber & Broid, 2017, p.2).

É uma articulação entre as instituições que tem por premissa de atuação o acolhimento e o tratamento, que respondem às demandas sociais esperadas, oferecendo cuidado pautado em determinações políticas, estruturadas em um sistema de organização e a prática da escuta psicanalítica pautada no acolhimento do impossível de se suportar, que, apesar de inserida em uma instituição, se faz operar a partir do sujeito em sofrimento, em que a clínica feita por muitos possibilita o acolhimento desse sujeito que se faz acolher (Nunes, 2008).

Diante da escuta clínica psicanalítica nas instituições, este estudo tem por objetivo investigar a experiência pandêmica na França e no Brasil a partir de uma leitura da



psicanálise. Como a psicanálise escutou os impactos da pandemia na saúde mental diante uma clínica adaptada e atravessada por vulnerabilidades sociais nesse período? Se faz relevante no sentido de ampliar o conhecimento acerca dos impactos subjetivos na saúde mental da população diante de uma emergência pública mundial, combinada com o isolamento social, além de fazer um levantamento acerca dos agravamentos das vulnerabilidades que emergiram nesse período. Tem-se como hipótese que a organização social exigida pela pandemia, e o contato direto com a possibilidade da morte que o vírus da COVID-19 impunha, agravaram as vulnerabilidades sociais já existentes, assim como afetaram diretamente o enfrentamento psíquico da população.

Segundo Mailliez (2022), após o primeiro ano da COVID-19, com a população mundial afetada com a incerteza da pandemia e com sua vida cotidiana transformada, a população francesa apresentou um aumento nos casos de saúde mental e um agravamento nos diagnósticos. Apesar de ainda não serem reconhecidos todos os efeitos da pandemia na saúde mental, na França se evidenciou que, no período de confinamento, os casos de mal-estar e estresse psicológico aumentaram significativamente. Em sua pesquisa, Mailliez pontua um aumento de 29% de diagnósticos de ansiedade e depressão, e mais de 30% de sintomas ansiosos e depressivos na população em geral, além do aumento de 9,8% de pessoas que apresentavam ideação suicida.

Nesse período, fica estabelecido pelo governo francês o fechamento das instituições de saúde que não prestavam atendimento de urgência e emergência. Sendo assim, os Centros Médicos Psicológicos (CMPs) com suas atividades suspensas, disponibilizaram o acompanhamento pontual dos pacientes atendidos por meio de ligações telefônicas e visitas domiciliares, quando possível. A equipe multidisciplinar estava disponível para atendimento à distância, caso o paciente solicitasse. Essa realidade gerou um redirecionamento de competências e estrutura de funcionamento da instituição, que apresentou momentos de tensão e desestabilização devido a problemas de acesso a equipamentos de proteção, adaptações necessárias para os atendimentos e mobilidade da equipe (Conan, 2021).

Já no Brasil, no primeiro ano da COVID-19, a vivência de isolamento e distanciamento social se apresentou como causa no aumento de diagnósticos relacionados a ansiedade e depressão. Silva et al (2021), destaca que a experiência desagradável da pandemia gerou consequências sociais, psicológicas e financeiras, afetando diretamente

a saúde mental dos brasileiros. Aqueles que já apresentavam algum diagnóstico ficaram mais vulneráveis ao agravamento de suas situações clínicas devido ao impacto do medo, da ansiedade e do pânico disseminado nesse período, além do aparecimento de demandas associadas ao medo da morte, além de ideação e de tentativas de suicídio.

Nesse período a OMS determinou orientações de organização e gerenciamento dos centros de saúde. No Brasil, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, cada estado estabeleceu estratégias de orientação, porém, no âmbito da saúde mental, no geral, foi estipulado que o paciente que se direcionava ao CAPS seria acolhido por uma equipe de triagem, a fim de verificar os sinais vitais e a existência de possíveis sintomas da COVID-19, e, após o acolhimento, o acompanhamento pela equipe multidisciplinar por meio de atendimentos individuais. Todas as atividades coletivas foram suspensas, seguindo as recomendações de evitar aglomerações para preservar profissionais e usuários. A partir do cumprimento das recomendações estabelecidas, fica a critério da equipe fazer intervenções inovadoras, como, os atendimentos telefônicos e os grupos terapêuticos online (Barbosa, 2020).

Diante de cenários diferentes no Brasil e na França durante o período pandêmico, referente tanto às demandas de saúde mental, quanto ao posicionamento governamental a fim de orientar a população e de dar condições necessárias de enfrentamento, este trabalho tem como o objetivo investigar a experiência pandêmica na França e no Brasil e as particularidades dos efeitos na saúde mental dos dois países.

### **Delineamento metodológico**

Na construção desse trabalho de pesquisa, primeiramente, houve um mapeamento das instituições de saúde mental e uma aproximação da pesquisadora junto aos serviços de saúde mental. No Brasil, a pesquisa foi realizada no âmbito de serviços que compõem a RAPS, com intervenção principal no escopo da saúde mental do Distrito Federal, nos quais foram identificados psicanalistas inseridos nas equipes multiprofissionais. Para tanto, foram selecionados alguns serviços para compor a amostra, cujo critério de seleção foi por conveniência. Vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), foram selecionados os seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá e Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga.

Já na região da Normandia, França, a aproximação nos serviços de saúde mental se deu a partir da interlocução do grupo da rede de pesquisa parceira da Universidade de Rouen com os Centros Médicos Psicológicos (CMPs). Os CMPs são serviços de saúde organizados em centros de serviços psiquiátricos vinculados administrativamente a hospitais especializados em saúde mental, oferecendo acompanhamento multidisciplinar com atendimento de psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais. Para a aplicação da pesquisa, após a aproximação feita pela Universidade de Rouen, foram visitados o CMP do Hospital de Rouvray em Rouen, o CMP Rive Gouche vinculado ao Hospital de Rouvray em Rouen e foi ouvida uma psicanalista autônoma. Houve, por meio do critério de convivência, um reconhecimento do trabalho desenvolvido e a seleção de psicanalistas atuantes nos serviços de saúde mental durante a pandemia (FRANÇA, 2018).

A partir disso optou-se metodologicamente por utilizar entrevista semiestruturada com os profissionais que trabalham nos serviços em uma perspectiva psicanalítica. Foram selecionados 8 participantes que são psicanalistas atuantes nos serviços de saúde mental, 4 deles são profissionais atuantes nos CAPS de Brasília e 4 são atuantes nos CMPs da região da Normandia, todos os profissionais trabalharam durante a pandemia e ainda trabalham em serviços cujo foco principal das intervenções seja no escopo da saúde mental.

A presente pesquisa se desenvolveu obedecendo as seguintes etapas após aprovação no Comitê de ética (ANEXO I): coleta de dados através da entrevista semiestruturada (ANEXO II e ANEXO III), transcrição das entrevistas, análise de dados qualitativos através da criação de categorias de análise, discussão e conclusão dos resultados.

A pesquisa em psicanálise, segundo Cunha & Marsillac (2017), trata-se de uma investigação qualitativa por meio da singularidade, visto que a perspectiva do pesquisador estará presente ao investigar seu material, não se limitando a uma verdade absoluta, mas sim extraindo o que pertence de exclusividade de cada caso e compartilhando situações semelhantes que possam emergir. A pesquisa psicanalítica empírica objetiva a relativização, argumentando seu caráter subjetivo dos dados que atravessam os resultados de sua investigação.

A análise de dados qualitativos coletados ocorreu por meio da Análise Temática de Braun e Clarke (2006), onde se utiliza uma abordagem indutiva para tratar os dados e sintetizá-los, de forma a selecionar os dados a partir de padrões de significados e questões relevantes para a pesquisa, transformando os códigos dos dados aos dados em temas de análise a partir dos discursos extraídos das entrevistas (Souza, 2019).

### **Resultados e Discussão**

Foram analisadas 8 entrevistas com profissionais atuantes na rede de atenção à saúde mental do Distrito Federal e da Normandia, todos sendo psicólogos. Os profissionais brasileiros de formação psicanalítica, com 15 anos de experiência na mesma unidade e que estiveram à frente dos atendimentos à saúde mental durante todo o período pandêmico. Dos profissionais franceses, todos tem formação psicanalítica, porém uma das participantes não se utiliza mais da psicanálise para leitura de sua prática clínica e outra se deteve aos atendimentos individuais do consultório durante o período pandêmico, os participantes têm entre 4 e 30 anos de experiência no âmbito da saúde mental em diversas unidades da rede de atenção e estiveram à frente dos atendimentos à saúde mental durante todo o período pandêmico.

Os temas abordados pelas entrevistas se distribuíram em: início da pandemia e a atuação no serviço de saúde mental, a escuta do psicanalista em um serviço de saúde mental, as relações estabelecidas nesse período e os impactos observados após o retorno aos atendimentos presenciais.

#### **Vírus como Metáfora: uma leitura psicanalítica acerca do agravamento das vulnerabilidades**

*“É uma galera periférica que já passou por muita coisa pesada, então quando vem uma pandemia, a galera já sobreviveu a muitas pandemias internas”*

Ao tratarmos o vírus da COVID-19 como uma metáfora, seria importante esclarecer do que se trata uma metáfora. Por trás do discurso cotidiano, a metáfora é

entendida como a utilização de termos ou expressões no lugar de outro, uma transferência de sentido do termo A para o termo B, metáfora enquanto sinônimo, em uma perspectiva de alteração do termo que comporta a mudança de uma palavra com o sentido literal, para outra palavra com um sentido mais livre (Veraz, 2010).

Para psicanálise, Freud (1900/1901) trabalha em seu texto *“Interpretação dos sonhos”* as representações oníricas, em que desenvolve os processos de elaboração dos conteúdos manifestos nos sonhos. Em um primeiro momento, trabalha o conceito de deslocamento e, em seguida, como um processo secundário de elaboração, o conceito de condensação. Aqui, iremos nos deter na condensação, que posteriormente tomará seu papel metafórico. “Condensação, na medida em que, por meio deles, em vez de dois elementos, um único elemento intermediário comum a ambos” (Freud, 1900/1901). No contexto do sonho, Freud destaca a imagem produzida como a condensação, a representação de dois elementos ou mais, trazendo os sentidos condensados em uma mesma imagem. Esse fenômeno é definido como sobredeterminação, em que diversos pensamentos, sentidos, podem ser expressos por apenas uma imagem, uma palavra, um elemento (Castro, 2009).

Posteriormente, Lacan irá desenvolver a ideia da condensação como metáfora, partindo da ideia de condensação do que pode se produzir da substituição. Lacan (1957/1958), acrescenta que a metáfora se estabelece na produção de um novo sentido a partir desse processo de condensação. Na definição dada sobre a metáfora, “a substituição de um significante por outro” (Lacan, 1957/1958, pp.35), coloca-se que é na relação da substituição, do engendramento dos elementos, que se pode ter a possibilidade de criação, dando um novo sentido.

Para compreender o sentido metafórico da pandemia, pode-se destacar que por se estabelecer pela existência de um elemento, o vírus da COVID-19, que invadiu a realidade mundial, evidencia a inexistência de barreiras geográficas e físicas que estabeleçam limites. O vírus se espalhou rapidamente em todos os países do mundo e com sua fácil contaminação pelas vias aéreas invade também os corpos da população (OMS, 2023; Croda & Garcia, 2020). Com a necessidade do estabelecimento de medidas de urgência para tentativa de contenção do vírus, uma nova vida cotidiana é estabelecida mundialmente. A pandemia estabelece uma maneira particular de organização social.

A fala dos participantes chama a atenção pelos os diferentes impactos a partir da existência do vírus:

*“Fica essa compreensão de algo que afetou uma coletividade. Aliás, o mundo. Foram necessárias adaptações significativas em vários campos, especificamente no campo da saúde mental(...) a percepção de que esses fatores sociais, o quanto que eles podem impactar.”*

*“O vírus como metáfora. Claro que tem a realidade do vírus, de tanta gente morta, tanto adoecimento, tantas coisas; mas tem um vírus enquanto metáfora também, que cria uma certa paranoia, o outro pode ter o vírus, o outro vai me contaminar. Então vai ter um distanciamento dos laços sociais, uma paranoia de vigilância, de controle de quem está fazendo isso, aquilo, que tem uma necessidade de ser feita (...) O vírus virou uma metáfora e criou esse distanciamento muito grande nos laços sociais, foram muitas perdas, tem pessoas que adoeceram mesmo, adoecer esse contato, essa proximidade com as outras pessoas; eu vejo que criou uma distância muito grande. Famílias que se desestruturaram completamente, essa guerra ideológica e falta de um alinhamento sanitário, acabou criando extremos que prejudicaram muito.”*

*“As pessoas que perderam os laços sociais com as famílias de origem; muita violência; muita gente que sofreu e sofre violência, que teve que fugir do estado porque era agredido, era espancado sei lá pelo padrasto; o pai alcoolista abandonou, saiu de casa, a mãe ficou sobrecarregada; foi para abrigo, muitas mulheres que chegam aqui com questões sintomatológicas diferentes, mas que tem essa questão da violência muito marcada, muitos abusos, tendo que morar de favores em outros lugares, tem que fugir de casa, isso acontece demais. Então o desamparo social, desamparo familiar, famílias desestruturadas.”*

*“A pandemia mexeu com esse lado obsessivo compulsivo de muita gente, a pandemia isolou muitas pessoas, a pandemia abriu espaços de violência conjugal dentro das casas, (...) visibilização também de quadros de opressão.”*

*« La pandémie c'est est venue aussi requestionner un climat social qui est déjà un petit peu sous tension alors il y a la maladie, il y a après il a le contexte de guerre enfin j'ai l'impression qu'il y a quand même quelque chose qui se questionne comment on vit dans cette société avec toute l'insécurité moi j'ai l'impression que c'est le covid c'est venu ajouter de l'insécurité à un climat qui était déjà assez insécure et j'ai l'impression que c'est ça qui continue un petit peu de d'exister et c'est comment accompagner les patients dans ce climat d'insécurité et qu'on vit aussi enin je pense que chaque personne aussi est confronté à ce climat d'insécurité et il est peut-être pas agréable non plus pour tout le monde .»*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“a pandemia também veio questionar um clima social que já estava um pouco tenso então tem a doença, depois tem o contexto de guerra enfim tenho a impressão de que ainda tem algo que questiona como vivemos nesta sociedade com toda a insegurança, tenho a impressão de que a covid acrescentou insegurança a um clima que já era bastante inseguro e tenho a impressão que é isso que continua a existir um pouco e como apoiar os pacientes neste clima de insegurança e que também vivemos. Penso que cada pessoa também se confronta com este clima de insegurança e talvez também não seja agradável para todos.”*

*« Je pense que toutes les vulnérabilités, avec un stress social comme le confinement, toutes les vulnérabilités sont accrues. Tu es vulnérable avant, avec ça, tu vas l'être encore plus de toute façon. (...) toutes les vulnérabilités sont accrues de toute façon par un stress qui est quand même un stress majeur dans la vie sociale pour tout le monde. Après, il y a pas tout le monde va avoir les mêmes réactions. »*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“Penso que todas as vulnerabilidades, com o stress social como o confinamento, todas as vulnerabilidades aumentam. Você já estava vulnerável antes, com isso,*

*você vai ficar ainda mais vulnerável de qualquer maneira. (...) todas as vulnerabilidades são aumentadas em qualquer caso pelo stress que, no entanto, é um grande stress na vida social de todos. Depois, nem todos terão as mesmas reações.”*

*“Foram aparecendo elementos que a gente via que antes não existiam, foram intensificados, foram potencializados.”*

Toda a realidade imposta pela existência do vírus desencadeou respostas e efeitos em diversas áreas da vida da população. Nos relatos acima, evidencia-se que a afetação do vírus se dá tanto de ordem real, diante da contaminação e das elevadas taxas de mortalidade que a pandemia impôs, como também efeitos sociais e subjetivos a partir da experiência do isolamento social. Nota-se o agravamento das vulnerabilidades, tudo aquilo já existente como demanda social se intensifica no período pandêmico. Aumento de casos de violência doméstica, uso abusivo de álcool, sobrecarga de trabalho, abusos, desamparo social, desamparo familiar, e o distanciamento de laços afetivos são alguns exemplos de demandas que colocam o sujeito em situações de vulnerabilidade para além da contaminação viral, é uma demanda que emerge e que não pode mais ser escondida.

Segundo Robert Chambers (2006), professor e investigador no Institute of Development Studies, vulnerabilidade não significa estar necessitado, mas sim estar indefeso, inseguro e exposto a múltiplos riscos, choques ou stress. Pensar em vulnerabilidade é considerar diversas variáveis possíveis, para além dos fatos de necessidade básica da vida cotidiana, é falar das condições humanas que colocam o sujeito em um sentimento de insegurança e indefeso. Sendo assim, além da vulnerabilidade que a pandemia impõe, visto que necessidades básicas da vida cotidiana são afetadas, como o alto índice de desemprego, dificuldade de acesso à saúde, à vacinação, a itens básicos de alimentação, remédios e materiais de higiene pessoal, há também outras vulnerabilidades específicas que afetam partes da população.

Nesse sentido, lê-se o vírus da COVID-19 enquanto metáfora pois, para além de sua qualidade de agente de doença, revela outros sentidos. A pandemia reforça e intensifica as injustiças sociais e sanitárias pré-existentes, tornando mais evidentes aspectos ideológicos, que são evidenciados nos altos índices de desigualdades, injustiça,



racismo e violências (Porto, 2020). A pandemia/O vírus desvenda a existência das vulnerabilidades e coloca os sujeitos em acesso a inseguranças que geraram também afetações psíquicas. O vírus ganha novos sentidos, na perspectiva social e psíquica, “contribuir para aprimorar, complicar, aprofundar, dar sentido de profundidade aquilo que, no real, não passa de pura opacidade” (Lacan, 1957, 1957, pp 35). O vírus como uma experiência ao mesmo tempo sanitária, econômica, política, cultural e singular, evidenciando o indivíduo, esse último que se articula com os demais de forma orgânica e sistemática (Birman, 2021).

Em relação às vulnerabilidades sociais, as entrevistas realizadas com os psicanalistas brasileiros apresentaram maior número de relatos referentes ao aumento no número de casos com afetações das vulnerabilidades no sofrimento psíquico dos usuários. A partir da experiência pandêmica, além da angústia frente à morte que o vírus proporciona, a realidade brasileira é também de agravamento de vulnerabilidades diversas, se tornando também demandas das angústias socio políticas apresentadas nos serviços de saúde mental agravando o sofrimento dos sujeitos. A falta de acesso a necessidades básicas, como saúde e alimentação, além do agravamento de violências intrafamiliares, e a quebra de vínculos sociais são alguns exemplos de afetações relacionadas ao sofrimento psíquico, por trazerem instabilidade, dor e sofrimento para os sujeitos. Diferentemente das entrevistas realizadas com os psicanalistas franceses, que relataram que o agravamento de quadros psíquicos já existentes, ou o aparecimento de sofrimento psíquico grave em pessoas fragilizadas antes da pandemia, se relacionavam com a vivência da angústia frente a morte e ao isolamento social que a pandemia impunha e não com as vulnerabilidades sociais que foram fatores existentes, mas não tão relevantes.

*No Brasil:*

*“Então, o psicanalista vai dar cesta básica porque ele entende que sem alimento não dá para entrar em contato com o inconsciente, esse é o lugar da psicanálise também. Talvez em vez da gente ter ficado tentando garantir um dispositivo de consultório, num lugar fechado, a gente devia era ter entendido que os psicanalistas vão estar agora trabalhando com rede de solidariedade,*

*trabalhando com trabalho que não é psicanálise em si, mas também sem largar a Clínica, né?”*

*“Esse período da pandemia a gente começou a pensar muito para trabalho de geração de renda também, devido ao aumento de pobreza, de gente na rua e tudo; então também comecei a olhar um pouco para esse lado que a assistência social, que o CAPS, olhava, dessa lógica mesmo de adoecimento do próprio sistema capitalista. Eu acho que a gente começou a ampliar um pouco a visão para isso também, para além dessas questões psicanalíticas transferenciais.”*

Percebe-se nos relatos das práticas realizadas pelos profissionais que elas vão para além do trabalho clínico psicanalítico, um trabalho de escuta das vulnerabilidades como fatores de sofrimento para os sujeitos e de necessidades básicas que, sem elas atendidas, não há trabalho de escuta do sofrimento psíquico e de questões existenciais.

*Na França :*

*« Vous êtes privé d'un objectif, et d'un coup, vous êtes obligé de vous retrouver devant ce que c'est que la vie. C'est quoi la vie ? Quand vous bossez, vous pouvez vous en abstraire de cette question, qui est une question existentielle. On a tous des moments de crise existentielle à l'adolescence, par exemple, à l'âge au milieu de la vie, à la naissance, au moment où on va prendre sa retraite ou des trucs comme ça. Qu'est-ce qu'on fait là ? Qu'est-ce qu'on a fait de notre vie ? Où est-ce qu'on va ? Qu'est-ce qui s'est passé avant ? Vers quoi on se dirige ? Ben, là, on a été propulsés dans ces aspects existentiels. Alors on a été privés de nos défenses, qui sont nos défenses principales, peut-être par rapport à ces questions-là, c'est-à-dire l'activité, l'action. Quand vous allez bosser, vous ne vous posez plus trop de questions. Vous pouvez vous en poser à certains moments, mais vous êtes distraits de vos propres questions et de vos angoisses profondes. Et là, d'un seul coup, vous êtes confrontés à ça justement. Donc, la psychanalyse, je pense qu'elle a été sollicitée aussi parce que j'imagine que beaucoup de gens ne se sont trouvés confrontés à des questions qu'ils ne voulaient pas regarder. Qu'est-ce que*

*je peut être aussi des questions par rapport aux fondamentaux qu'on a construits ? Qu'est-ce que je fais dans ce couple-là ? Qu'est-ce que je fais avec mes enfants ? Qu'est-ce que je fais dans cette ville ? Pourquoi j'ai choisi ça ? Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui se sont effectivement retrouvés devant des questions qu'ils n'osaient pas trop se poser, qui étaient à peine refoulées ou qui étaient réprimées. (...) il y avait l'angoisse de la mort, l'angoisse de la maladie »*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“Você está privado de um objetivo e de repente é forçado a enfrentar o que é a vida. O que é a vida? Quando você trabalha, você consegue se abstrair dessa questão, que é uma questão existencial. Todos nós temos momentos de crise existencial na adolescência, por exemplo, na meia-idade, no nascimento, quando vamos nos aposentar ou coisas assim. O que você está fazendo aqui? O que fizemos com nossas vidas? Onde estamos indo? O que aconteceu antes? Para onde estamos indo? Bom, aí, fomos impulsionados para esses aspectos existenciais. Então ficamos privados das nossas defesas, que são as nossas principais defesas, talvez em relação a essas questões, ou seja, atividade, ação. Quando você vai trabalhar, você não se faz mais muitas perguntas. Você pode se perguntar às vezes, mas está distraído de suas próprias perguntas e ansiedades profundas. E aí, de repente, você se depara exatamente com isso. Então, a psicanálise, eu acho que ela foi chamada também porque imagino que muita gente se viu diante de questões que não queria olhar. O que posso perguntar também sobre os fundamentos que construímos? O que estou fazendo neste casal? O que eu faço com meus filhos? O que estou fazendo nesta cidade? Por que eu escolhi isso? Acho que há muitas pessoas que realmente se depararam com perguntas que não ousaram realmente se fazer, que foram mal reprimidas ou que foram reprimidas. (...) havia a ansiedade da morte, a ansiedade da doença.”*

*« l y a eu une explosion des troubles des conduites alimentaires, anorexiques. Donc, dans les deux premières années, il y a eu une explosion des hospitalisations des adolescents, beaucoup pour des troubles du comportement alimentaire, beaucoup de décompensation aussi sur du trouble anxieux sévère. »*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“Houve uma explosão de transtornos alimentares e anoréxicos. Então, nos dois primeiros anos, houve uma explosão de internações de adolescentes, muitas por transtornos alimentares, e muitas descompensações também por transtornos graves de ansiedade.”*

*« je pense que ceux qui étaient les plus malades avant la pandémie je crois pas que ça a majoré les troubles par contre ceux qui étaient fragile là pour le coup il y en a beaucoup qui ont décompensé parce que et dans un contexte d'angoisse et avec des repères aussi qui se sont complètement effondrés autour de comment sur quoi se comment s'organise ma vie, c'est l'école, la maison (...) où on nous dit tous de rester chez nous et surtout à ne rien faire et enfin c'est quand même en terme de repère c'est quand même assez déstabilisant par rapport à la façon dont on se construit en fait en tant que humain dans le social et donc oui je pense que la plupart avait des fragilités là ça a complètement ça les a fait décompenser quoi »*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“Penso que quem estava mais doente antes da pandemia não acredito que tenha aumentado os problemas, por outro lado, quem estava fragilizado, há muitos que descompensaram porquê é um contexto de ansiedade e com referenciais também que ruíram completamente em torno de como a minha vida está organizada, é a escola, a casa (...) onde todos nos dizem para ficar em casa e principalmente em não fazer nada e ainda é, em termos de referência, ainda é bastante desestabilizador comparado à maneira como realmente nos construímos como humanos, no social, então sim, acho que a maioria tinha fragilidades. Aí isso os descompensava completamente.”*

Nos relatos dos psicanalistas franceses, a pandemia trouxe questões psíquicas diversas e existenciais, desde o aparecimento de quadros clínicos mais severos, como a anorexia, ansiedade e angústia, como também questionamentos sobre a vida e a morte, uma vivência de rememorar a vida antes do evento traumático, de se questionar e criar

perspectivas. Diante dos questionamentos existenciais presentes nas demandas de saúde mental dos franceses, abre-se espaço, com o contato com a finitude que o vírus propõe, para perguntas como: o que é a vida? Qual ao lugar da vida? Dá espaço para a transitoriedade do existir.

Nas falas dos participantes dos dois países a escuta psicanalítica pôde fazer uma leitura interpretativa da realidade pandêmica, já que, dentro das especificidades das realidades sociais e culturais, as demandas de sofrimento psíquicos decorreram do atravessamento da angústia de morte e de destruição, seja ela pela ameaça do vírus ou pela ameaça social. Há a leitura de que é necessário condições básicas para que se possa trabalhar com as demandas psíquicas, ao passo que também as necessidades básicas são demandas dos sofrimentos psíquicos. A escuta psicanalítica se coloca à disposição de perceber e criar condições para a escuta das questões existenciais dos sujeitos.

Brasil e França apresentaram similaridades no crescimento significativo de casos de ansiedade, depressão, ideação suicida e medo (Mailliez, 2020; Silva et al, 2021), que podemos associar com o desamparo que a pandemia traz, já que o terror da morte se impõe em larga escala (Birman, 2021). Mesmo o sujeito tomando medidas de cuidado, a infecção do vírus está presente, tornando qualquer um passível à doença e em contato com a morte, visto que a vivência da pandemia foi atravessada pelo luto e pelo medo.

Apesar das similaridades, os dois países apresentam particularidades frente aos efeitos pandêmicos. Por que o Brasil apresentou maiores impactos da pandemia relacionados a vulnerabilidades? Relatos dos participantes indicam que o posicionamento político dos governantes frente às medidas de cuidado da pandemia influenciou as condições de enfrentamento e conseqüentemente os efeitos na saúde mental da população, assim como demonstrado a seguir:

*No Brasil:*

*“Como falas de governantes geram efeitos individuais, como medo, ansiedade, depressão, enfim. E aí a gente foi vendo, tem um caráter social. Talvez aquela essa questão ideológica, se esbarra até em questões vinculadas às falas dos líderes. De como que isso acaba impactando nos funcionamentos interpessoais,*

*na percepção das pessoas em relação às coisas de como que deve se cuidar, de como que a coisa vai chegar até você.”*

*“Como que o funcionamento da coletividade e das lideranças acaba atingindo o ego do eu.”*

*“As pessoas começam a ter suas relações, suas percepções vinculadas a tudo isso. A pandemia trouxe uma forma de funcionamento e de percepção social que antes não existia e que está vinculada a ela, que é inerente àquela pandemia, participa disso as falas dos líderes, as circunstâncias da pandemia, a forma que a sociedade teve que lidar com isso daí, como substrato disso fica o resto, faz com que a gente fique temeroso, ressabiado, fique muito apegado, em sua maioria, com as falas daqueles dirigentes, que é quem dita ali o que deve ser feito.”*

*“A gente não teve como em outros países. Outros países talvez tenham tido piores, outros países melhores, um alinhamento. Que tinha que vir do governo, tinha que vir das instituições e que estava muito encravado. O que salvou a pandemia? Nesse país foi o SUS, que é uma instituição de Estado, que é independente do governo, independente em alguns aspectos, mas a gente tinha um governo, que se deixasse a coisa teria sido muito pior. Então a vacinação foi o que ajudou e orientou as pessoas. Mas se a gente tivesse um alinhamento com o governo, com os estados, talvez essa paranoia toda fosse menor, tivesse diretrizes mais objetivas. Quando você tem diretrizes menos objetivas você vai para o subjetivo.”*

*Na França:*

*« C'est vrai qu'il y a des gens qui ont qui ont perdu économiquement à cause de la pandémie ont perdu leur travail, mais globalement voilà, en France, on ils ont quand même injecté beaucoup d'argent pour soutenir pour bon alors ça règle pas tous les problèmes parce que aujourd'hui forcément il y a un peu moins d'argent et il y a des dégâts qui arrivent aujourd'hui (...) je pense que par rapport à plein d'autres pays d'Europe et de pays dans le monde, je pense qu'on était mieux de*

*vivre le covid en France que dans d'autres pays quoi à cause de cette position politique c'est ça oui et quand même de quand même de soucis de protection de la population encore une fois avec des extras et des choses qui peuvent être.»*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“É verdade que há pessoas que perderam o emprego devido à pandemia, mas no geral, na França, ainda investimos muito dinheiro para apoiar a população, o que não resolve todos os problemas, porque hoje há obviamente um pouco menos de dinheiro e há danos acontecendo hoje (...) Acho que em comparação com muitos outros países da Europa, e países do mundo, acho que estávamos melhor enfrentando a covid na França, por causa desta posição política, e ainda com preocupações de proteção da população, com ações extra.”*

*« Il y a un effect dans le sujets, ça c'est sûr et il y a les effets aussi dans les sociaux. »*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“Há um efeito nos sujeitos, isso é certo, e há efeitos no social.”*

*« Ce que l'on a vu et ce que l'on constate encore c'est que les familles les plus défavorisées, sur le plan socio-économique et au niveau même de de l'espace de leur vie de leur lieu de vie ont été vraiment dans des conditions de vie épouvantable pendant le confinement on a une on a eu une augmentation des violences conjugales et des violences sur enfants on a eu alors il y a eu d'autres effets parce que même si tout le monde a été confiné les groupes de professionnels se sont organisés l'éducation nationale les professeurs et les instituteurs se sont organisés pour faire du travail à distance qui a pas trop mal fonctionné d'ailleurs qui a plutôt bien fonctionné et là ils ont constaté des effets particuliers.»*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“O que vimos, e o que ainda estamos vendo, é que as famílias mais desfavorecidas, a nível socioeconômico, e até em termos do espaço da sua vida, estiveram realmente em péssimas condições durante o confinamento, tivemos um aumento da violência doméstica e da violência contra crianças. Então houve outros efeitos porque mesmo que todos estivessem confinados os grupos de profissionais se organizaram, os professores da educação nacional para fazer um trabalho remoto que não funcionou mal, na verdade funcionou bastante bem e lá eles notaram efeitos particulares.”*

As falas dos participantes exemplificam o posicionamento político de cada país frente às orientações e determinações governamentais para enfrentamento da pandemia. Mundialmente se estabeleceram duas políticas governamentais de gestão frente à COVID-19, uma que se pautava no *imperativo da vida* e a outra pelo *imperativo da economia*. Pautadas em pandemias anteriores, o imperativo da vida priorizava os cuidados com a saúde da população e a ciência, tomando medidas necessárias para a contenção da contaminação, conseqüentemente um impacto na mortalidade e o retorno da economia, a logo prazo, mais rápido. Já o imperativo da economia, visava manter ao máximo as atividades econômicas apesar das recomendações da ciência, colocando a saúde de algumas pessoas em risco, em prol do capitalismo e em resistência à quarentena (Birman, 2021; Quinet, 2020).

No Brasil, o cenário político da época contava com ambigüidades, visto que de um lado o Ministério da Saúde fornecia orientações acerca das práticas de enfrentamento e as secretarias de saúde de cada estado estabeleciam as recomendações a serem seguidas, e, de outro lado, os líderes políticos da época comparavam a pandemia que devastava o mundo com uma “gripezinha”, discurso esse que se fez presente de diversas maneiras aparentando um descaso do governo frente ao extermínio que ocorria devido ao vírus, como uma negação da realidade (Birman, 2021; Quinet, 2020).

No relato dos participantes brasileiros, percebe-se que o descaso apresentado pelo governo em seu discurso gerou impacto direto nas demandas de saúde mental e de vulnerabilidades da população. *“Quando você tem diretrizes menos objetivas você vai para o subjetivo”*. Essa fala do participante expressa os efeitos no sujeito frente ao mal-



estar social e cultural, esses efeitos tanto no âmbito psíquico, quanto aos relacionados às vulnerabilidades.

Na perspectiva da França, com determinações de isolamento e lockdown bem estabelecidas, uma resposta governamental unificada, estabelecendo regras e orientações bem definidas devido ao seu arranjo institucional centralizado e determinações coercitivas, contribuiu para uma coordenação eficaz, com informações de saúde claras em todo país. O país foi o primeiro a declarar estado de urgência econômica durante a pandemia, a movimentação governamental foi imediata, estabelecendo políticas de apoio financeiro, ampliando ações de seguro social e potencializando a atenção à saúde (Angeli et al, 2023)

Tal medida deu à população francesa acesso à saúde e a possibilidade de exercer o isolamento e a quarentena. Com orientações claras e com condições econômicas para garantir as necessidades da população, as vulnerabilidades, como as apresentadas no Brasil, não se tornaram mais um agravante ao sofrimento psíquico que o vírus trouxe. Observa-se esse contraste político nas falas dos participantes:

*“A pandemia trouxe uma forma de funcionamento e de percepção social que antes não existia e que está vinculada a ela, que é inerente àquela pandemia, participa disso as falas dos líderes (...) faz com que a gente fique temeroso, ressabiado, fique muito apegado, em sua maioria, com as falas daqueles dirigentes.”*

*« je pense qu'on était mieux de vivre le covid en France que dans d'autres pays quoi à cause de cette position politique c'est ça oui et quand même de quand même de soucis de protection de la population encore une fois avec des extras et des choses qui peuvent être »*

*Tradução livre feita pela autora:*

*“Acho que estivemos melhor na vivência da covid na França do que em outros países, por causa desta posição política, com preocupações em proteger a população com ações extra.”*

Birman (2021) descreve o posicionamento dos líderes políticos como o discurso possível para transmitir proteção aos cidadãos, em que eles poderiam contar com a instância governamental para apaziguar a angústia e receber contornos palpáveis e tangíveis a partir da guarda promovida pelas autoridades, pelo discurso da ciência e da medicina. O que diferencia o Brasil da França é quando se pode ou não contar com esse discurso de proteção pública. Assim, os sujeitos experienciam o desalento, exatamente por estarem entregues à situação, sem continência. O discurso governamental que legitima a crueldade, que foi traduzida como descaso e ausência de medidas consistentes de combate ao vírus, destaca como o posicionamento dos líderes tem impacto significativo em como a sociedade vai lidar com a adversidade da época (Silva Junior, 2021).

Sendo assim, tomar o vírus enquanto metáfora faz pensar acerca das significações existentes na presença do vírus, que é invisível, mas que toma a população mundial em diversos aspectos. Freud (1930) aponta que o ser humano sofre a partir da ameaça de três elementos: do próprio corpo, daquilo que afeta diretamente a vida corpórea do sujeito, daquilo que ameaça o corpo à sua dissolução, que traz consigo as afetações de medo e dor afim de advertir o sujeito; do mundo externo, daquilo que vem de fora e que através de sua força pode ser destruidora para a vida humana; e, por fim, das relações com outros seres humanos. O sofrimento humano se origina a partir do que experimentamos, e a pandemia, a existência do vírus, coloca em jogo ao mesmo tempo exatamente os três elementos que ameaçam a existência e demanda rearranjos dos pactos sociais para lidar com a ameaça do vírus.

A partir dos rearranjos dos pactos civilizatórios nesse período, a significação do vírus toma diversos destinos. Seja por tornar as vulnerabilidades já existentes ainda mais explícitas na vivência humana dessa época, pelo impactos nas relações humanas diante da morte e do isolamento, pela ameaça à vida que a pandemia escancara, pelo contato do sujeito com a morte e a angústia, e pelas demandas aos governantes de dar continência e orientação à situação de emergência de saúde pública.

## Conclusão

A pandemia causada pelo vírus da COVID-19 revela, além de seu caráter transmissor do coronavírus, as vulnerabilidades do sistema social. Fazendo uma leitura metafórica, a partir das medidas reguladoras da pandemia, como o isolamento social, mudanças econômicas, distanciamento de vínculos afetivos, por exemplo, fazem emergir condições pré-existentes, mas que não se tornavam temas principais das demandas de saúde mental e nas discussões políticas entre os sujeitos.

O vírus como metáfora permite visualizar as diversas perspectivas da pandemia. A perspectiva real, de um transmissor viral que afeta o mundo e invade os corpos pela sua rápida transmissão, gerando inúmeras mortes e estados de urgência em saúde e economia em todos os países. Mas também um vírus que descortina, a partir da convivência frequente entre grupos, a violência doméstica, o uso abusivo de álcool, a sobrecarga de trabalho, o desamparo, o distanciamento de vínculos sociais, o desemprego, dentre outros. Situações estas que colocam os sujeitos em vulnerabilidades, já que são situações de instabilidades, gerando inseguranças, medos e angústias.

A presença do vírus lança os sujeitos à possibilidade da morte, da finitude, aumentando, no Brasil e na França, os quadros clínicos de ansiedade, depressão, ideações suicidas e anorexia. Sobre as vulnerabilidades, observa-se que no Brasil, em relação à França, estas se apresentam como geradoras de demandas nesse período. O contato dos usuários do sistema de saúde mental com situações de vulnerabilidade são relacionadas às formas de enfrentamento governamental.

Observa-se a diferença entre o posicionamento governamental de cada país e os efeitos disso. Na França, com a centralização governamental, é possível se ter um posicionamento político eficaz, rápido e orientador, organizando o sistema de saúde para acolhimento da pandemia, assim estabelecendo rapidamente políticas de auxílio social que permitem que a população vivencie o isolamento, diminuindo as possibilidades de vulnerabilidades econômicas, por exemplo.

No Brasil, o governo da época apesar de apresentar medidas estaduais que orientavam o sistema de saúde, apresenta líderes governamentais que descredibilizam a magnitude da pandemia. Por meio de manifestações públicas, a falta de suporte para vacinação, e piadas em relação as mortes de COVID-19, por exemplo, são práticas que

transmitiram à população um desalento, a sensação de estar à mercê da realidade sem um amparo das instâncias reguladoras que deveriam garantir a segurança, a saúde e a educação, não dando continência ao desamparo. Tais práticas, segundo os participantes da pesquisa, acarretam como consequência nas manifestações desse desamparo, por meio de sentimentos como o se sentir temeroso, ressabiado, com medo, ansiedade, depressão e paranoia, por exemplo. São sintomatologias que revelaram aos profissionais, a afetação individual, tanto do vírus, quanto da realidade de vulnerabilidade.

O posicionamento do governo vigente, dependendo de seu discurso, pode apaziguar a desordem estabelecida pelo vírus, visto que o contato com a morte e o distanciando já são fatores importantes para o agravamento de angústia, ansiedade e depressão devido ao desamparo que é lidar com a finitude. O desamparo é comum aos dois países, visto que a experiência pandêmica com os significados do vírus é compartilhada, porém o discurso organizador das entidades políticas, presente na França e ausente no Brasil, diferencia as vivências de cada população, afetando diretamente a experiência subjetiva dos sujeitos.

### **Conclusão Geral**

O objetivo dessa dissertação foi identificar os impactos nos serviços de saúde mental frente à nova realidade imposta pela pandemia da COVID-19, colocando em discussão como que a escuta psicanalítica, presente nos serviços de saúde, pôde realizar o acolhimento das demandas clínicas apresentadas e como que se deu essa experiência. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com psicanalistas inseridos nas instituições de saúde mental de Brasília, no Brasil, e em Rouen, na Normandia, França.

Com o questionamento de como se deu a escuta dos psicanalistas inseridos no serviço de saúde mental do Distrito Federal, no Brasil, e na região da Normandia, na França, durante o período da pandemia da COVID-19, essa pesquisa visou identificar como atuaram os psicanalistas durante a pandemia; analisar as adaptações realizadas na prática dos psicanalistas dentro dos serviços de saúde mental; traçar como foram realizadas as atividades oferecidas pelos psicanalistas, elencando quais foram mantidas, se houverem, e quais foram criadas; e conhecer as intervenções realizadas pelos psicanalistas nos serviços de saúde mental durante o período de pandemia. Para tanto, foram realizados dois estudos, independentes e inter-relacionados.

O primeiro, “A repercussão da pandemia nos serviços de saúde mental”, visando discutir os impactos da pandemia no agravamento de quadros clínicos acolhidos nos serviços de saúde mental de Brasília, bem como, a criação e adaptações nos dispositivos clínicos, a fim de atender as especificidades e de manter o funcionamento dos serviços de saúde mental. Nesse estudo, a partir do contexto da pandemia da COVID-19, se faz uma análise dos impactos nos quadros clínicos apresentados nos serviços, como o aumento significativo de sintomas relacionados ao luto, à ansiedade, ao medo e às angústias, assim como, evidencia-se o agravamento dos quadros clínicos já existentes e acompanhados pelos serviços.

Isolamento social, afetação nas relações familiares, falta de administração de medicação e a ausência de atendimento contínuo nos CAPS agravam os casos de tentativas de suicídio e a evasão dos usuários em relação ao acesso a um atendimento especializado nesse período. Diante do agravamento dos sintomas, por exemplo, alguns usuários desenvolveram sintomatologias que os impediram de sair de casa, bem como dificultou o acompanhamento que teve que começar a ser realizado em um primeiro momento, como os atendimentos ambulatoriais via telefone.

Em uma outra perspectiva desse mesmo estudo, se analisa como se deu a criação de novos dispositivos clínicos frente às demandas de saúde mental e à impossibilidade de continuação do tratamento como antes. Um primeiro impacto foi o cancelamento das atividades, os profissionais se viram questionando quais as possibilidades dentro dessa realidade, já que, para alguns, se fazer o acompanhamento de uma outra maneira sem ser a habitual não era possível até então. Porém, com as mudanças nos serviços de saúde com direcionamento para a COVID-19, os primeiros atendimentos foram pontuais via telefone para verificação de como estavam alguns usuários, o atendimento passava de coletivo para subjetivo, já que perde seu caráter grupal. Os contatos individualizados não foram suficientes, e primando pela premissa do atendimento em saúde mental, na tentativa de retomar a convivência, os profissionais se viram com a oportunidade de criação de novas maneiras de se fazer grupos.

Mantendo o rigor teórico, garantindo espaço de elaboração e simbolização, os grupos terapêuticos online, ou adaptados para um espaço aberto, oportunizaram espaços de trocas e vivências compartilhadas entre os usuários e os profissionais, não só nos

horários marcados para execução dos grupos dos CAPS, como em outros momentos por meio de um movimento próprio dos usuários.

Apesar das potencialidades, houve também limitações. Primeiramente, os profissionais destacaram a dificuldade por estarem vivenciando a mesma realidade pandêmica, destacando o sentimento de desamparo e solidão diante do excesso de demanda e da impossibilidade de condições de trabalho. Além disso, relatam que os dispositivos clínicos, apesar de apresentarem grandes novidades, se apresentaram limitantes diante de algumas demandas de crises e quando os usuários não tinham acesso à tecnologia.

O segundo estudo da pesquisa, intitulado “Escuta psicanalítica em tempos de pandemia: Um estudo explanatório dos serviços de saúde mental no Brasil e na França”, trabalha como se deu a experiência pandêmica nas instituições de saúde mental na França e no Brasil a partir de uma leitura da psicanálise, partindo das entrevistas com profissionais brasileiros e franceses, pôde-se analisar como que a escuta psicanalítica escutou os impactos da pandemia.

Percebe-se o vírus da COVID-19 enquanto metáfora, já que a presença do vírus faz surgir uma condensação de significação, pois vem acompanhado não só do significado mundial de uma nova enfermidade que coloca em risco a vida da população, mas também faz aparecer ou agravar as vulnerabilidades sociais existentes devido aos efeitos econômicos, ao aumento na violência, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e ao desamparo, colocando em jogo os efeitos sociais que se tornam subjetivos, já que essas demandas atravessam também a vida do sujeito que vivencia a pandemia trazendo instabilidades.

A psicanálise se coloca a escutar as demandas de um outro lugar, do lugar que considera os efeitos subjetivos daquilo que é da ordem da necessidade de recursos básicos. Observa-se que a França e o Brasil apresentam posicionamentos políticos distintos na pandemia, e que, dependendo do discurso e das ações realizadas pelo governo diante dos efeitos sanitários, econômicos e culturais, pode-se dar um contorno aos sujeitos, transmitindo uma possível proteção, apaziguamento das angústias, tornando as possibilidades mais palpáveis e tangíveis.

Pode-se considerar, como resultado dessa dissertação, uma análise dos efeitos de uma pandemia mundial para a saúde mental. O agravamento dos quadros clínicos e a

aparição de sintomatologias vinculadas a angústia, ansiedade e depressão, atentando os profissionais de saúde mental às maneiras de possíveis acolhimentos, confirmando que, dentro dos princípios clínicos, é possível criar e adaptar as técnicas dos dispositivos a fim de sustentar um trabalho com os usuários dos serviços de saúde mental. Bem como, fica evidente a importância do posicionamento dos líderes políticos, já que o vírus e a afetação do mesmo em diversas áreas da vida, faz intensificar as vulnerabilidades sociais, marcadas pela desigualdade e violência. O discurso dos líderes políticos dá direcionamento e estabelece as condições para a vida em sociedade possibilitado, ao mesmo tempo, transmitir proteção e o apaziguamento das angústias.

A diferença no posicionamento político frente a uma catástrofe fica evidente ao olhar para o cenário do Brasil e da França, evidenciando que as demandas de sofrimento psíquico são distintas, visto que as vulnerabilidades sociais também são agentes causadores das instabilidades emocionais e questionamentos acerca da existência do sujeito.

Para a execução dessa pesquisa, vale ressaltar que ela é vinculada a um grupo de pesquisa maior da Universidade de Brasília, que possui um trabalho intitulado: Sistema integrado de rede de atenção à saúde mental no distrito federal frente a epidemia COVID-19, aprovada no edital 7129 – FUB/ EMENDA/ DPI/ COPEI – Apoio a projetos de pesquisa, extensão e inovação para combate à pandemia COVID-19, proposto pela Universidade. O grupo de pesquisa que realizou esse trabalho possui um vínculo com a rede de pesquisa em psicanálise da Universidade de Rouen, na França. Considerando que as afetações pandêmicas se deram a nível mundial, pode-se ter a possibilidade de escuta dos profissionais atuantes da rede de saúde mental francesa, a fim de estabelecer uma relação diante das alterações clínicas e de demandas de saúde mental.

Sendo assim, após a aplicação dos questionários nos serviços de saúde mental de Brasília, a pesquisadora pôde se deslocar à região da Normandia na França a fim de passar 3 meses e, com apoio da Université de Rouen, entrar em contato e conhecer a realidade do sistema de saúde mental francês, o CMP, e aplicar as entrevistas com alguns psicanalistas atuantes na rede de saúde do local.

A experiência em poder adentrar os serviços de saúde mental no Brasil e na França foi muito rica em trocas de conhecimentos, por poder discutir com os profissionais sobre as práticas clínicas existentes e conhecer as equipes setorializadas e capacitadas para o

trabalho frente à saúde mental. Foi possível, além de aplicar as entrevistas, observar e participar, dentro da possibilidade de cada serviço, das atividades e alguns atendimentos com os usuários, em que se abriu espaço para compreender melhor como estão se organizando as instituições de saúde após o período pandêmico.

Além disso, poder aplicar a mesma pesquisa em duas realidades distintas, abriu a possibilidade para ampliação da interpretação dos dados, e de compreender como é a implicação da pandemia para a convivência em sociedade e os impactos à saúde mental. Perceber nesse contato que a realidade histórica de cada país, assim como as maneiras de enfrentamento frente a situações de catástrofes, resulta em diferenças diretas em como a população será afetada no âmbito da saúde mental e, conseqüentemente, os impactos nos serviços.

O Brasil e a França possuem realidades política, social, econômica e de saúde bastante distintas. Então, as diferentes formas de enfrentamento frente à pandemia irão se constituir baseadas no histórico de cada país, dentro da realidade de cada um. Com isso, o uso dos recursos, ou a criação de dispositivos clínicos a fim de dar conta das demandas de uma época irão, por exemplo, ter a cara de cada cultura. Poder observar e construir um material que evidencia o que foi vivenciado em cada localidade, é de extrema importância para ajudar a se pensar em reinvenções e avanços clínicos e teóricos da psicanálise, abrindo espaço para a divulgação pública e colaborar para o desenvolvimento em prol da realidade atual.

Além disso, foi uma honra escutar os profissionais que estiveram na linha de frente nos cuidados com a saúde mental durante a pandemia. Considerar e evidenciar as diversas possibilidades de existência de uma escuta aplicada à sua época, que, por mais que também esteja sendo afetada pelo real, pode se reinventar e criar caminhos diferentes, consistentes e possíveis para escuta do sofrimento.

Como resultado desse trabalho da linha de pesquisa em saúde mental e pandemia estão em construção materiais como artigos científicos e um livro que irão ser publicados com recortes dos temas pesquisados para que as informações levantadas possam alcançar o maior número de pessoas possível, de forma acessível. Pensando nisso, já está publicado no Youtube o primeiro documentário, de uma série de vídeos, que abará como se deu o sistema de saúde mental na pandemia (<https://www.youtube.com/watch?v=NnZPyU3cGlw&t=11s>).



Remarca-se aqui a vinculação da pesquisa e dos resultados coletados, além da importância de um governo coeso e firme diante de estados de crise e catástrofes sanitárias é fundamental para o contorno das angústias advindas desses momentos. Além do que, para os profissionais de saúde, ter direcionamentos de como acolher e encaminhar as intervenções nesses períodos pode ser organizador para o psiquismo do profissional, e para o direcionamento do cuidado em saúde mental.

### REFERÊNCIAS

- Andrade, L., Mauch, A., Costa, J., Silva, K., Almeida, L., Araújo, S., Souza, S., Nunes, T., & Souza, V. (2020). A utilização das redes sociais digitais no cuidado psicossocial infantojuvenil, diante da pandemia por Covid-19. *Health ResidenciesJournal-HRJ*, 1(2), 44-61.
- Angeli-Silva, L., Santos, J. V. P. dos., & Esperidião, M. A. (2023). Sistema de saúde e vigilância na França e a resposta à pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1313–1324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11202022>
- Ab’Sáber, T. & Broide, E. E. (2017). *Título : Telecatch, Clínica Pública de Psicanálise*. Revista Lacuna, vol.03, p.2
- Barbosa, A. D. S., Nascimento, C. V., Dias, L. B., do Espírito Santo, T. B., da CS Chaves, R., & Fernandes, T. C. (2020). Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences*, 19(1), 11-19.
- BBC (2023, Maio 05) Os números que levaram OMS a decretar fim da emergência global de covid-19. Retrieved from <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cl748lv5xn0o>
- Birman, J. (2021). O traumático na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bezerra, A. C. V et al. (2020) Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2411–2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Bleger, J. (1977). *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

- BRASIL (2002). Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Saúde mental e SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília.
- BRASIL (2011b). Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de dezembro de 2011.
- BRASIL (2020). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Saúde Mental em meio à pandemia do covid-19.
- BRASIL (2021). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus-COVID 19.
- BRASIL (2021b). 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Retrieved from <https://bvsms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>
- BRASIL (2022). Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Covid- 19. 2 anos de pandemia. Retrieved from: <https://www.saude.df.gov.br/coronavirus>
- BRASIL (2022b). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Boletim epidemiológico nº 897. Retrieved from [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim\\_Covid+n%C2%B0+897.pdf](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim_Covid+n%C2%B0+897.pdf)
- BRASIL (2022c, Junho 22) Saúde mental é debatida no Distrito Federal. Retrieved from <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/sa%C3%BAde-mental-%C3%A9-debatida-no-distrito-federal>
- BRASIL (2023). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Boletim epidemiológico semanal nº 983. Retrieved from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/SEM\_Boletim\_Covid\_n%C2%BA+983+DF+2023.pdf
- BRASIL (2023b). Governo do Estado do Espírito Santo. Coronavírus Covid-19. Retrieved from <https://coronavirus.es.gov.br/>
- BRASIL (2023c). Ministério da Saúde. Painel Coronavirus. Retrieved from <https://covid.saude.gov.br/>.

- Brasil, K.T. (2021). « La psychanalyse dans la rue » : contributions de la psychodynamique du travail. *Travailler*, 45, 63-80. <https://doi.org/10.3917/trav.045.0063>
- Brasil et al. (2021). *Psychanalyse au-delà du divan : L'écoute psychanalytique en espace urbain*.
- Brasil, K.C.T; Lordello, S.R; Mauch, A.G.D; Costa, J.E.M.; Silva, M.S; França, C.L; Pedroza, R.L.S (2022). *Sistema Integrado De Rede De Atenção À Saúde Mental No Distrito Federal Frente A Epidemia Covid-19*. Unpublished Manuscript.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- BUTANTAN (2022, Janeiro 17). Vacinação contra Covid-19 no Brasil completa 1 ano com grande impacto da CoronaVac na redução de hospitalizações e morte. Retrieved from <https://butantan.gov.br/noticias/vacinacao-contracovid-19-no-brasil-completa-1-ano-com-grande-impacto-da-coronavac-na-reducao-de-hospitalizacoes-e-mortes>
- Cardoso, B.; Amparo, D. M.; Carneiro, J. B. M, Silva, C.G . (2022). O enquadre virtual comodispositivo psicanalítico de atendimento online. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 56, p. 195-208.
- Carvalho, L. de S., Silva, M. V. de S. da, Costa, T. dos S., Oliveira, T. E. L. de, & Oliveira, G. A. L. de. (2020). The impact of social isolation on people's lives during the COVID-19 pandemic period. *Research, Society and Development*, 9(7), e998975273. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5273>
- Castro, J. C. L (2010) O inconsciente como linguagem: de Freud a Lacan. *CASA: Cadernos de Semiótica Aplicada*, 2009, 7 (1), pp.1-12. {10.21709/casa.v7i1.1773}. {hal-03225708}
- Celes, L.A.M (2022). *Construção do traumático na pandemia: reflexões clínico-metapsicológicas. Pandemia e traumatismo: construções psicanalíticas e interfaces*. Editora Appris, 1ª edição.
- Chambers, R. (2006). Vulnerability, coping and policy (editorial introduction). *IDS Bulletin*, 37(4), 33-40
- CNN.(2020, Dezembro 24) Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. Retrieved from <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contracovid-19>



- Farias, H.S (2020) « O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade », *Espaço e Economia* [Online], 17 | 2020, posto online no dia 08 abril 2020, consultado o 21 dezembro 2020. URL: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/11357>;DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.11357>
- Ferenczi, S. A. (1928/1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. A. Ferenczi. *Psicanálise IV. Obras Completas*.
- Ferenczi, S. (1933/1992) Reflexões sobre o trauma. In S. A. Ferenczi. *Psicanálise IV. Obras Completas*.
- Flesler, A. (2012). *A psicanálise de criança e o lugar dos pais* (pp, 11- 38 e 157- 214). Zahar, Rio de Janeiro, 2012.
- Foucault, M. (1972). *A História da Loucura. Perspectiva*
- FRANÇA (2018). Livret de santé - Français / Portugais. Retrieved from <https://www.ac-corse.fr/media/16181/download>
- Freud, S, (1893/1895). *Obras completas, volume 2: estudos sobre a histeria (1893-1895), em coautoria com Josef Breuer/ Sigmund Freud; tradução Laura Barreto; revisão de tradução Paulo César de Sousa. 1ª edição, São Paulo: Companhia das Letras, 2016.*
- Freud, S. (1900/1901) *A Interpretação dos Sonhos. Vol. IV Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996*
- Freud, S. (1916/1980c). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise - Parte III - Conferência XVIII-Fixação em traumas- o inconsciente. In S Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol.16, pp. 323-336). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930). *Obras completas, volume 18: O mal-estar na civilização (1930); tradução Paulo César de Souza; São Paulo: Companhia das Letras, 2010.*
- Gouget, D. T. D. (2023). O Trauma na pandemia de Covid-19. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 33, e33064. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333064>
- Kroef, Renata Fischer da Silveira, Gavillon, Póti Quartiero, & Ramm, Laís Vargas. (2020). *Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na*

- Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 464-480. <https://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.52579>
- Lacan, J. (1957-1958/2016). O seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- Lacan, J. (1958-1959/2016). O Seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lancetti, A. (2008) *Clínica Peripatética*. 3. Ed. São Paulo: Hucitec.
- Marino A. S., Coarac y A. R., & Oliveira T., 2018, « Uma experiência de clínica aberta de psicanálise », <https://revistalacuna.com/2018/06/04/n05-04/>.
- Mailliez, M. (2022). 3. Le rôle de l'incertitude dans les inégalités de santé mentale face à la pandémie de covid-19. Dans : Claudia Senik éd., *Pandémies: Nos sociétés à l'épreuve* (pp. 47-60). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.senik.2022.01.0047>
- Mucke, A.C, Dessuy, A.F, Kojoroski, A.P, Steffani, J.A, Cetolin, S.F, Beltrame, V., Marmitt, L.P (2020). Saúde mental em tempos de pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde: revisão narrativa, *Com. Ciências Saúde*. 2020; 31(3):57-63
- Noal, D. D. S., Freitas, C. M. D., Passos, M. F. D., Serpeloni, F., Melo, B. D., Kadri, M. R. D. A. E., ... & Rezende, M. D. J. (2021). Capacitação nacional emergencial em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, 44, pp. 293-305.
- Nunes, D. A. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 8, pp. 74-82. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasi.
- Oliveira, D. S., Firmo, A. C., Bezerra, I. C., & Leite, J. H. C. (2020). COVID-19: do enfrentamento ao fortalecimento de estratégias em saúde mental-Revisão narrativa. *Health Residencies Journal-HRJ*, 1(4), 41-61.
- Puchivailo, Mariana Cardoso, Silva, Guilherme Bertassoni da, & Holanda, Adriano Furtado. (2013). A reforma na saúde mental no brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 230-239. Recuperado em 11 de novembro de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672013000200011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200011&lng=pt&tlng=pt).

- Polejack, L. et al. (2021). A Universidade de Brasília promotora de saúde no contexto da pandemia de COVID-19. In: Murta, S. G. et al. (org.). *Promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde: diálogos de norte a sul*. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 273-317.
- Pâmela Soares Bratkowski, P. A. & Fedrizzi, R. I (2020). Ruídos entre nós: escuta em tempos de atendimento remoto. In: revista Diaphora.V.03, p. 33-37. Porto Alegre.
- Pereira, M. D., Oliveira, L. C. de, Costa, C. F. T., Bezerra, C. M. de O., Pereira, M. D., Santos, C. K. A. dos, & Dantas, E. H. M. (2020). The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research, Society and Development*, 9(7), e652974548. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
- Quinet, A. (2000). *A descoberta do inconsciente: Do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2020). *Análise online: na pandemia e depois*. 1.ed. Atos e Divãs Edições, 2021
- Resende, T. I. M (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. (pp, 131- 137).
- Resende, T. I. M (2017). *Saúde mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica*. Juruá. Curitiba.
- Roelandt, J. & El Ghazi, L. (2015). Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *L'information psychiatrique*, 91, 539-548. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1371>
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Subjetividades*, 4(2), 329-348.
- Rosenberg, A. (2009). Le jeu et l'entre-je(u) de René Roussillon. *Revue française de psychanalyse*, 73, 885-891. <https://doi.org/10.3917/rfp.733.0885>
- Roussillon, R. (2019) Teoria do dispositivo clínico. In: Manual da prática clínica em psicologia psicopatologia
- Safatle, V., da Silva Júnior, N. & Dunker, C. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Editora Autêntica

- Sameer El Khatib, A. S. (2020). Economía versus epidemiología: un análisis del comercio entre mercados y vidas en tiempos de COVID-19. *Contabilidad Y Negocios*, 15(30), 62-80. <https://doi.org/10.18800/contabilidad.202002.004>
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação E Saúde*, 19, e00313145. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Santana, V. V. R. S.; Nascimento, R. Z.; Lima, A. A.; Nunes, I. C. M. (2020). Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de covid-19: revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 2. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497965721011>
- Santoró, V. C (2006) Clínica psicanalítica e ética. *Reverso [online]*, vol.28, n.53, pp. 61-66. ISSN 0102-7395.
- Silva R.R, Silva Filho J.A, Oliveira J.L, Meneses J.C.B.C, Oliveira C.A.N, Pinto A.G.A (2021). Efeitos do isolamento social na pandemia da covid-19 na saúde mental da população. *Av. Enferm.* 2021;39(1supl):31-43. <https://doi.org/10.15446/avenferm.v39n1supl.89262>
- Souza, L. K. D. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67.
- Tenório, F. (2001). *Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro : Rios Ambiciosos.
- Vaillant, A. ; Molinier, P. ; Munier, C. ; Sabatier, J. (2017) *Entre la ville et nous. : Recherche-action autour de l'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune (Seine-Saint-Denis). [Rapport de recherche] UTRPP EA 4403 UNIVERSITÉ PARIS 13; GEM L'entre-temps Saint-Denis.(hal-01561542)*
- Vereza, S. C. (2010). O lócus da metáfora: linguagem, pensamento e discurso. *Cadernos de Letras da UFF*, 41(2), 199-212.
- Verztman, J., & Romão-Dias, D.. (2020). Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 23(2), 269–290. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>
- WHO. World Helth Organization (2023). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>.



## ANEXO I

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SISTEMA INTEGRADO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO DISTRITOFEDERAL FRENTE A EPIDEMIA COVID-19

**Pesquisador:** ANA GABRIELA DUARTE MAUCH

Área Temática:

**Versão:** 1

**CAAE:** 62231722.3.3001.5553

**Instituição Proponente:** FUNDACAO DE ENSINO E PESQUISA EM CIENCIAS DA SAUDE

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.810.426

Apresentação do Projeto:

Os dados que constam dos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram extraídos do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1973720.pdf, postado em 21/08/2022.

Tipo de Projeto: Trata-se de projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), a ser desenvolvido por docentes e alunas de mestrado da referida instituição de ensino.

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia da UnB.3.Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

Sim ( ) Não

Se Multicêntrico, qual a origem?

Nacional ( ) Internacional

Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa?

6.A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

Patrocinada ( ) Financiamento Próprio

Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): FINATEC - Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos.

Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF? 308



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:

Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Taguatinga Centro de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil da Asa Norte Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga

Centro de Atenção Psicossocial AD III de Samambaia Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá

Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Ceilândia (UBS 12) Núcleo de Apoio à Saúde da Família do

Guará (UBS 2) Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Asa Norte (UBS 2) Adolescente

Centro de Orientação Médico-psicopedagógica CEPAV Caliandra

Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)

Qual a População que será estudada:

RNs

Lactentes  Crianças

Adolescentes

Adultos  Idosos

Envolve População Vulnerável? Não.

Hipótese: "Hipotetiza-se que as articulações com foco primário em saúde mental feitas de forma integrada pelas equipes interprofissionais da RAPs durante o período pandêmico tiveram desafios relativos ao uso de tecnologias e ao alcance da população no cenário delicado. Ainda, hipotetiza-se que, apesar dos desafios, estas articulações tiveram efeito na saúde mental de parte da população alvo das intervenções."

Crítérios de Inclusão: "i) serem profissionais de saúde; ii) que trabalharam durante a pandemia, desde março de 2020 e ainda trabalham no mesmo serviço no momento da coleta de dados; iii) em serviços públicos ou reconhecidos como Utilidade Pública pela Nação, integrantes da RAPs; e iv) ter como foco principal das intervenções desempenhadas a saúde mental."

Crítérios de Exclusão: "i) profissionais de saúde que estiveram de licença no período maior que dois meses ininterruptos; e ii) profissionais que apenas conduziram intervenções com outros públicos que não fossem os usuários do serviço no qual o profissional está alocado."

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

Breve consideração sobre a metodologia: "Estudo descritivo e exploratório com método misto qualitativo e quantitativo. Para o método qualitativo, que consistirá em entrevista, serão selecionados 30 participantes, sujeito a critério de saturação, de variados serviços para responder a uma entrevista semiestruturada que será gravada por meio de áudio, de forma a viabilizar a posterior análise de dados. O método quantitativo consistirá na resposta a um questionário online por 278 profissionais de saúde, que acessarão o questionário por meio de um QR Code."

### Objetivo da Pesquisa:

#### "Objetivo Primário:

Investigar como se deram as articulações integradas interprofissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) ampliada cuja finalidade primária fosse o cuidado em saúde mental no Distrito Federal durante o período pandêmico.

#### Objetivos Secundários:

1) Identificar os desafios de intervenções cuja finalidade principal foi a atuação em saúde mental durante a pandemia na RAPs; 2) Identificar os elementos que contribuem para o risco à saúde mental no período da pandemia do Covid-19; 3) Mapear a RAPs em intervenções com escopo principal na saúde mental atuante no suporte da pandemia de Covid-19; 4) Acompanhar e avaliar a execução do plano de Ação e Matriciamento da teia que gerou o trabalho em rede de proteção e Saúde Mental."

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

#### "Riscos:

Esta é uma pesquisa de baixo risco para seres humanos. Os participantes poderão desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarrete em nenhum prejuízo. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são o constrangimento relacionado a falas pessoais, assim como o risco de contaminação com a COVID-19 devido ao atual período pandêmico, que será reduzido para baixo risco devido às medidas adotadas para a condução da entrevista, que serão descritas a seguir. Para minimizar o constrangimento, será garantida a participação apenas com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais explicitam todos os riscos, inclusive enfatizando a gravação dos encontros, assim como os objetivos de pesquisa e os procedimentos a serem adotados; além disso, garante-se postura respeitosa e acolhedora por parte da equipe de pesquisa; por fim, o sigilo das informações será mantido, inclusive com local seguro para a condução das entrevistas. Para minimizar os riscos relacionados à contaminação com a COVID-19

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

será obrigatório o uso de máscara de forma adequada, cobrindo o nariz e a boca; o respeito ao distanciamento social de, no mínimo, 1,5 metro entre os participantes e o fornecimento de álcool em gel para higienizar as mãos.

### Benefícios:

A pesquisa trará benefícios para os participantes, no sentido de que descreverá intervenções realizadas em diversos serviços, sendo estas intervenções potenciais para se utilizar em outros âmbitos. Além disso, proporcionará espaço seguro de fala para os profissionais, que poderão explicar sobre os desafios do trabalho neste período."

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1.Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: necessita de adequação.2.Relevância social: adequadamente descrita.

Processo de recrutamento: adequado.

Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: adequados.5.Processo de obtenção do TCLE: deve ser melhor descrito.

Justificativa de Dispensa do TCLE: não se aplica.

Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: devem ser melhor descritos.8.Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: não se aplica.

Orçamento para realização da pesquisa: necessita de adequação.

Cronograma de Execução da pesquisa: necessita de adequação (coleta de dados prevista para ser finalizada em dezembro de 2022).

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de encaminhamento do Projeto: apresentada.

Declaração de Compromisso do Pesquisador responsável: assinada.3.Folha de Rosto: devidamente preenchida e assinada.

4.Termos de Anuência ou Coparticipação: devidamente apresentados. 5.Projeto Brochura: incompleto (os riscos devem ser melhor descritos).6.Currículo Lattes de todos os envolvidos na pesquisa: apresentados.

7.TCLE (ou Termo de Assentimento) ou Dispensa dos mesmos: necessita de adequação.

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pendente.

Foram identificadas as seguintes pendências:

Sobre os riscos da pesquisa, afirmou-se: "Esta é uma pesquisa de baixo risco para seres humanos. Os participantes poderão desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarrete em nenhum prejuízo. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são o constrangimento relacionado a falas pessoais, assim como o risco de contaminação com a COVID-19 devido ao atual período pandêmico, que será reduzido para baixo risco devido às medidas adotadas para a condução da entrevista, que serão descritas a seguir. Para minimizar o constrangimento, será garantida a participação apenas com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais explicitam todos os riscos, inclusive enfatizando a gravação dos encontros, assim como os objetivos de pesquisa e os procedimentos a serem adotados; além disso, garante-se postura respeitosa e acolhedora por parte da equipe de pesquisa; por fim, o sigilo das informações será mantido, inclusive com local seguro para a condução das entrevistas. Para minimizar os riscos relacionados à contaminação com a COVID-19 será obrigatório o uso de máscara de forma adequada, cobrindo o nariz e a boca; o respeito ao distanciamento social de, no mínimo, 1,5 metro entre os participantes e o fornecimento de álcool em gel para higienizar as mãos."

Segundo a Norma Operacional CNS/MS 001/2013, item 3.4.1.12, "todos os protocolos de pesquisa devem

conter, obrigatoriamente, os riscos envolvidos na execução da pesquisa, avaliando sua graduação e descrevendo as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa".

Sendo assim, solicita-se que sejam explicitados todos os possíveis riscos decorrentes da participação nesta pesquisa, assim como as providências que serão tomadas para a minimização de cada um desses riscos. O risco de quebra de sigilo e de confidencialidade dos dados, por exemplo, deve ficar claro. Além disso, deve-se explicar as medidas que serão tomadas para garantir que o sigilo das informações seja mantido. Tais medidas devem estar de acordo com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, que traz orientações sobre pesquisas em ambiente virtual.

Todos os riscos da pesquisa, assim como a forma de minimizá-los, deverão constar do TCLE, conforme modelo disponível no site do CEP-FEPECS (<http://www.fepecs.edu.br/index.php/formularios>).

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

Não ficou claro como se dará a aplicação do TCLE para os participantes da parte da pesquisa que acontecerá de forma online. Solicita-se que seja explicitada a forma de aplicação do TCLE, que deverá seguir as orientações da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS sobre pesquisas em ambiente virtual.

No TCLE:

3.1- De acordo com o que foi apontado no item 1 acima, todos os riscos da pesquisa, assim como as medidas que serão tomadas para a minimização desses riscos, devem ser descritos no TCLE.

3.2- A frase "O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa" deverá ser retirada ou reformulada, uma vez que não faz sentido no contexto desta pesquisa, em que os participantes são os profissionais de saúde.

- No Roteiro de Entrevista intitulado "A escuta psicanalítica no serviço de saúde mental em tempos de Covid -19" (anexo VI do projeto brochura), há campo para o nome do participante, o que não é adequado. De acordo com a Resolução CNS/MS 466/2012, item III.2.i, a eticidade da pesquisa implica "prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa".

Solicita-se que sejam retirados dos instrumentos de coleta de dados todos os campos que comprometam o anonimato do participante da pesquisa.

Sugerimos que os formulários de coleta de dados sejam identificados por uma numeração sequencial e que quaisquer dados que permitam a identificação dos participantes sejam registrados à parte, em local de acesso exclusivo à pesquisadora principal.

De acordo com o cronograma apresentado, a coleta de dados seria finalizada em dezembro de 2022. Solicita-se alterar o cronograma da pesquisa conforme provável aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, levando em conta que a coleta de dados só poderá ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP/FEPECS, conforme explicitado na Norma Operacional CNS/MS 001/2013, item 3.3.f.

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

No contexto do projeto apresentado, não ficou clara a necessidade dos seguintes itens elencados no orçamento que consta do Documento de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Impressão de 800 exemplares de livro, 2 Produções áudio visuais (curta-metragem), 24 bolsas de iniciação científica e 24 Bolsas de pós-graduação.

Solicita-se esclarecimento em relação à previsão de gastos com esses itens. Lembramos que, caso as 48 bolsas sejam destinadas a financiar a participação de mais pesquisadores, todos eles devem constar da equipe de pesquisa, e seus currículos devem ser apresentados.

### \*\*\*Orientações para Tramitação de Pendências\*\*\*

O(a) pesquisador(a) tem 30 dias para emitir resposta à parecer de pendência (contados da data de emissão do parecer substanciado do CEP), em conformidade com o estabelecido na Norma OperacionalCNS-MS nº 001 de 2013.

O(a) pesquisador(a) deverá anexar obrigatoriamente a CARTA DE RESPOSTA À PENDÊNCIAS, conforme o "Formulário nº: 8 Modelo de Carta de Resposta às Pendências" disponibilizado no site do CEP FEPECS no link:

<https://www.fepecs.edu.br/formularios/>

As devidas correções, decorrentes de atendimento de pendências, deverão ser realizadas em TODOS os documentos de apresentação obrigatória onde estão contidas as inadequações (Lembrando que no caso de TCLE, TCLE do Responsável, Termo de Assentimento e Projeto Brochura, as modificações deverão ser marcadas em negrito ou sublinhadas, de forma a agilizar a avaliação do colegiado CEP-FEPECS)

\*O "Projeto de Informações Básicas" da Plataforma Brasil também deverá ser editado para proceder as devidas correções (exceto no caso de projetos provenientes de outros centros coordenadores, uma vez que a Plataforma Brasil não permitirá a edição)

Considerações Finais a critério do CEP:

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br





Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

# FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.810.426

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	tcle_atualizado.pdf	29/09/2022 08:52:51	ANDRE VON BORRIES LOPES	Aceito
Outros	lattesequipe.pdf	01/09/2022 12:30:12	ANDRE VON BORRIES LOPES	Aceito
Outros	roteiroentrevista.docx	21/08/2022 13:46:26	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	revisaotica.docx	21/08/2022 13:46:03	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	lattes.pdf	21/08/2022 13:45:44	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cessaodeimagem.docx	21/08/2022 13:45:00	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cartaencaminhamentounb.doc	21/08/2022 13:44:40	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleentrevista.doc	21/08/2022 13:43:11	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclequest.docx	21/08/2022 13:42:41	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cooCAPSad.pdf	06/08/2022 22:52:12	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenCAPSad.pdf	06/08/2022 22:50:36	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuennasfguara.pdf	06/08/2022 22:49:15	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coonasfguara.pdf	06/08/2022 22:47:17	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenCAPSitg.pdf	06/08/2022 22:45:38	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cooCAPSitg.pdf	06/08/2022 22:44:14	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenCAPS2tg.pdf	06/08/2022 22:41:34	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cooCAPS2tg.pdf	06/08/2022 22:39:35	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuennasfpei.pdf	06/08/2022 22:37:28	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coonasfpei.pdf	06/08/2022 22:35:46	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cooCAPSpr.pdf	06/08/2022 22:32:18	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Outros	anuenCAPSpr.pdf	06/08/2022 22:31:56	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coonasfan.pdf	06/08/2022 22:31:33	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuennasfan.pdf	06/08/2022 22:29:15	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coopcompp.pdf	06/08/2022 22:27:04	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuencompp.pdf	06/08/2022 22:26:48	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenadoles.pdf	06/08/2022 22:26:12	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cooadoles.pdf	06/08/2022 22:25:54	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	cooCAPSian.pdf	06/08/2022 22:25:08	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenCAPSian.pdf	06/08/2022 22:24:36	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coopav.pdf	06/08/2022 22:23:34	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenpav.pdf	06/08/2022 22:23:22	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coohran2.pdf	06/08/2022 22:22:42	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenhran2.pdf	06/08/2022 22:22:24	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	coohran.pdf	06/08/2022 22:21:16	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	anuenhran.pdf	06/08/2022 22:21:01	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	dasu.pdf	06/08/2022 22:20:33	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pbrochuraanexos.pdf	06/08/2022 22:06:38	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclequestionario.pdf	06/08/2022 21:52:02	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleentrevista.pdf	06/08/2022 21:50:57	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	tuism.pdf	06/08/2022 21:49:14	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	06/08/2022 21:45:28	ANA GABRIELA DUARTE MAUCH	Aceito

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Dezembro de 2022

Assinado por: \_\_\_\_\_

**Marcondes Siqueira Carneiro(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br

## ANEXO II

### Roteiro de Entrevista

Pesquisa: A escuta psicanalítica no serviço de saúde mental em tempos de Covid -19

Pesquisadora: Mariana de Sousa

Orientadora: Katia Tarouquella Brasil

### OBJETIVOS

#### Objetivo Geral:

Identificar como se deu a escuta dos psicanalistas inseridos no serviço de saúde mental do Distrito Federal e na região da Normandia na França durante o período da pandemia da COVID-19.

#### Objetivos Específicos:

Identificar como atuaram os psicanalistas na rede de serviço de saúde mental do DF e dos serviços de saúde mental da Normandia durante a pandemia.

Analisar as adaptações realizadas na prática dos psicanalistas dentro dos serviços de saúde mental durante a pandemia.

Traçar como foram realizadas as atividades oferecidas pelos psicanalistas, elencando quais foram mantidas, se houverem, e quais foram criadas.

Conhecer as intervenções realizadas pelos psicanalistas nos serviços de saúde mental durante o período de pandemia.

- Caracterização do profissional:
  1. Entrevista nº:
  2. Profissão:
  3. Tempo de formação em Psicanálise:
  4. Tempo na área de Saúde Mental:
  5. Instituição de atuação:
  6. Tempo de trabalho na unidade:
  7. Carga horária semanal que cumpre nesta unidade:
  8. Trabalha em alguma outra instituição? Não ( ) Sim ( ). Qual(ais):

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br

### **TEMA 1: A escuta do psicanalista em um serviço de saúde mental**

1. Como é o trabalho do psicanalista em um serviço de saúde mental?
2. Como se dá a escuta psicanalítica em um CAPS?
3. Na sua experiência, o que você observa de demanda dos usuários do serviço.
4. Quais são as intervenções ou atividades possíveis no serviço de saúde mental? Relate de acordo com sua Vicência.
5. Como é o trabalho em equipe de um psicanalista inserido no CAPS?

### **TEMA 2: Início da Pandemia e a atuação no serviço de saúde mental**

1. Como foi o início da pandemia no serviço de saúde mental?
2. Como você observa as demandas dos pacientes no início da pandemia.
3. Relate um pouco sobre sua prática profissional nesse período.

### **TEMA 3: O que muda e o que se fez com isso**

4. Quais foram as alterações feitas para dar continuidade aos atendimentos que conduzia?
5. Poderia nos dar exemplos dos desafios encontrados nesse período?
6. Conte um pouco dos instrumentos usados para dar conta da nova realidade de acompanhamento durante a pandemia.
7. Como você, enquanto psicanalista, escutou essas demandas apresentadas?

### **TEMA 4: Das relações – o analista, o paciente e a equipe**

8. Como se deu a relação com os pacientes nesse período?
9. E com a equipe do serviço, como ocorreu o trabalho multiprofissional?
10. Quais os impactos da pandemia sobre o seu trabalho?

### **TEMA 5: O hoje do que fica da pandemia**

11. E agora com o retorno para o presencial, como está sendo?

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br

2. O que fica dessa experiência da psicanálise durante a pandemia?

13. Haveria algo que gostaria de acrescentar?

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br

## ANEXO III

### Formulaire d'entretien

Vous êtes envoyé pour participer à la recherche de « l'écoute psychoanalytique à l'époque de Covid-19 : Une étude d'expérience de Brasília-DF et Rouen-FR », sous la responsabilité de la chercheuse : Mariana de Sousa e Silva, guidée par le Prof. Dr Katia Tarouquella Brasil, de l'Université de Brasilia – UnB.

Le but est d'identifier comment ces développés de l'écoute psychanalytique que font partie du service de santé mentale du District Fédéral et de la région Normandie, en France, pendant la pandémie de COVID-19. Ainsi que nos objectifs spécifiques suivants:

- Identifier comment les psychanalystes ont travaillé dans le réseau des services de santé mentale de Brasília et des services de santé mentale de Normandie pendant la pandémie.
- Analyser les adaptations apportées à la pratique des psychanalystes au sein des services de santé mentale pendant la pandémie.
- Retracer comment les activités proposées par les psychanalystes ont été réalisées, en listant celles qui ont été maintenues, le cas échéant, et celles qui ont été créées.
- Connaître les interventions réalisées par les psychanalystes dans les services de santé mentale pendant la période pandémique.

Vous recevrez toutes les précisions nécessaires avant et pendant la recherche et nous vous assurons que votre participation sera anonyme, la plus stricte confidentialité étant maintenue par l'omission totale de toute information permettant de vous identifier.

Votre participation se déroulera à travers un entretien semi-directif, la durée estimée pour réaliser l'entretien est comprise entre 1h et 1h30, des variations peuvent intervenir en fonction des réponses. De plus, l'analyse de votre entretien sera réalisée sur la base de la transcription, et votre entretien pourra être enregistré audio. Par conséquent, vous signerez ce formulaire de consentement libre et éclairé.

Vous pouvez refuser de répondre ou de participer à toute procédure ou toute question qui vous gêne, et vous pouvez vous retirer de votre participation à la recherche à tout moment et sans aucune conséquence.

Les résultats de la recherche seront publiés par le Programme de troisième cycle en psychologie clinique et culture de l'Université de Brasilia, Brasilia/DF et pourront être publiés ultérieurement. Les données et le matériel utilisés dans la recherche seront conservés par le chercheur. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS).

Si vous avez des questions concernant la recherche, veuillez contacter : Mariana de Sousa e Silva, liée au programme de troisième cycle en psychologie clinique et culture de l'Université de Brasília, Brasília/DF, qui peut être contactée par e-mail [marisousasilva@gmail.com](mailto:marisousasilva@gmail.com) ou par téléphone +55 61 99649-4617.

Si vous acceptez de participer, nous vous demandons de signer ce document.

---

Nom / signature

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** [cep@fepecs.edu.br](mailto:cep@fepecs.edu.br)

## Entretien

- Caractérisation du professionnel :

1. Âge :
2. Métier :
3. Éducation :
4. Avez-vous un diplôme de troisième cycle ? Non Oui ( ). Dans quel domaine ?
5. Temps écoulé depuis l'obtention de votre diplôme ?
6. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la santé mentale?
7. Où travaillez-vous ?
8. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité ?
9. Quelle est la charge de travail hebdomadaire que vous effectuez dans cette unité?
10. Travaillez-vous dans une autre institution ? Non Oui ( ). Dans combien ?

### Contextualisation :

1. Comment se déroule votre travail au sein de l'institution ?
2. Quelles activités devriez-vous exercer dans votre pratique professionnelle ?
3. Quel public servez-vous ?
4. Quelle est la demande des utilisateurs du service ?
5. Quelles interventions ou activités réalisez-vous auprès des utilisateurs du service ? Y a-t-il des séances individuelles, collectives et familiales ?
6. À quoi ressemble le travail d'équipe ? Parlez-nous un peu des échanges entre professionnels, des rencontres, des assemblées avec les utilisateurs
7. Et avec d'autres institutions ?

### Pendant la pandémie :

1. Comment s'est déroulé le début de la pandémie pour le service de santé mentale? Du point de vue des professionnels et des patients
2. Quels changements initiaux ont été nécessaires pour assurer la continuité du service?
3. Quels ont été les plus grands défis auxquels l'équipe a été confrontée pendant la période de pandémie ?
4. Comment les services ont-ils été fournis pendant la période de pandémie ?
5. Comment les utilisateurs ont-ils adhéré aux nouveaux modèles de services pendant la période de pandémie ?
6. Dans les services qui ont été modifiés ou créés pour le format en ligne, quels ont été les défis rencontrés ? Y a-t-il eu des problèmes avec la technologie ? Si oui, comment ont-ils géré cette situation ?
7. Quelles ont été les principales revendications des patients pendant la pandémie ?
8. Et aujourd'hui, après deux ans de pandémie et avec le retour aux activités en présentiel, comment se passe ce retour? Restera-t-il quelque chose de ces changements ?

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br



**THÈME 1 : L'écoute du psychanalyste dans un service de santé mentale**

1. Comment se déroule le travail d'un psychanalyste dans un service de santé mentale ici en France ?
2. Comment se déroule ici l'écoute psychanalytique ?
3. Comment se déroule le travail d'équipe d'un psychanalyste dans les institutions de santé mentale d'ici ?

**THÈME 2 : Début de la pandémie et performance du service de santé mentale**

9. Parlez-nous un peu de votre pratique professionnelle durant cette période.

**THÈME 3 : Qu'est-ce qui change et qu'est-ce qui a été fait avec cela**

3. Quels changements ont été apportés pour continuer les services que vous fournissez ?
4. Pourriez-vous nous donner des exemples des défis rencontrés durant cette période ?
5. Parlez-nous un peu des instruments utilisés pour faire face à la nouvelle réalité de la surveillance pendant la pandémie.
6. Comment avez-vous, en tant que psychanalyste, écouté ces revendications présentées ?

**THÈME 4 : Les relations – l'analyste, le patient et l'équipe**

7. Comment s'est déroulée la relation avec les patients pendant cette période de pandémie ?
8. Quels sont les impacts de la pandémie sur votre travail ?

**THÈME 5 : Aujourd'hui de ce qu'il reste de la pandémie**

9. Et maintenant avec le retour au présentiel, comment ça se passe ?
10. Que reste-t-il de cette expérience de psychanalyse pendant la pandémie ?
11. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-907

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-1145

**E-mail:** cep@fepecs.edu.br