



Revista *aSEPHallus* de Orientação Lacaniana
Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo
ISSN 1809 - 709 X

Quando o “fique em casa” não era uma opção: os bastidores e os relatos das experiências dos profissionais de saúde no front de combate à pandemia da COVID-19.

Mariana de Sá Freire Medrado Dias

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8171-2952>

Especialista em Psicologia Médica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ (Rio de Janeiro, Brasil).
Psicóloga Responsável pela Equipe de Psicologia do Hospital Samaritano Botafogo e do Hospital Américas Medical City (Rio de Janeiro, Brasil).

Membro Associado do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana / ISEPOL (Rio de Janeiro, Brasil).

Integrante do projeto de extensão "Psicanálise aplicada à prática do psicólogo no hospital" / PPGTP-UFRJ (Rio de Janeiro/Brasil)

E-mail: marianadias@hsamaritano.com.br

Tania Coelho dos Santos

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5360-7864>

Pós-doutorado no Departamento de Psicanálise de Paris VIII (Paris, França).

Professor Associado, nível IV no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica / UFRJ (Rio de Janeiro, Brasil).

Pesquisadora do CNPQ nível 1 C.

Presidente do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana / ISEPOL (Rio de Janeiro, Brasil).

Psicanalista Membro da École de La Cause Freudienne / ECF (Paris, França).

Psicanalista Membro da Escola Brasileira de Psicanálise / EBP (Brasil)

Psicanalista Membro da Associação Mundial de Psicanálise / AMP (Paris, França).

Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental / AUPPF (São Paulo, Brasil)

E-mail: taniacs@openlink.com.br

Flavia Ribeiro Costa Pereira

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1006-5185>

Especialista em Psicologia Médica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ (Rio de Janeiro, Brasil).

Psicóloga do Hospital Américas Medical City (Rio de Janeiro, Brasil).

Membro Associado do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana / ISEPOL (Rio de Janeiro, Brasil)

Integrante do projeto de extensão "Psicanálise aplicada à prática do psicólogo no hospital" / PPGTP-UFRJ (Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: flaviapereirapsicologa@gmail.com

Daniele Rangel dos Santos Rodrigues

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3949-7370>

Especialista em Psicologia Médica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ (Rio de Janeiro, Brasil).

Psicóloga do Hospital Américas Medical City (Rio de Janeiro, Brasil).

Membro Adjunto do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana / ISEPOL (Rio de Janeiro, Brasil).

Integrante do projeto de extensão "Psicanálise aplicada à prática do psicólogo no hospital" / PPGTP-UFRJ (Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: daniele.rsrodrigues@hotmail.com

Edineia Aparecida da Silva da Graça e Costa

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9845-2261>

Psicóloga do Hospital Américas Medical City (Rio de Janeiro, Brasil).

Membro Adjunto do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana / ISEPOL (Rio de Janeiro, Brasil).

Integrante do projeto de extensão "Psicanálise aplicada à prática do psicólogo no hospital" / PPGTP-UFRJ (Rio de Janeiro, Brasil)

Resumo: Este artigo trata-se do estudo de um procedimento de extrema eficiência no combate à pandemia da COVID-19, a partir de uma análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que comandaram a linha de frente de um hospital particular da zona oeste do Rio de Janeiro. Realizamos essas entrevistas com o objetivo de compreender a forma como esses profissionais enfrentaram a ameaça e responderam às demandas inauguradas durante a pandemia. Pertencemos à equipe de psicologia do hospital e pudemos testemunhar a transformação da instituição desde a sua estrutura até a definição de protocolos de tratamento para uma doença naquele momento ainda desconhecida. Fomos obrigadas a repensar o nosso dispositivo clínico baseado na psicanálise aplicada e implementar novas intervenções como resposta à crise.

Palavras-chave: Pandemia Covid-19; Profissionais de saúde; Psicanálise aplicada; Entrevista.

Quand "rester à la maison" n'est pas une option: les expériences des professionnels de la santé sur le front du combat contre la pandémie COVID-19 : Cet article est l'étude d'une procédure extrêmement efficace mise en place pour faire face à la pandémie de COVID-19, basée sur l'analyse d'entretiens menés avec des professionnels de la santé qui commandaient les travaux d'un hôpital privé dans la zone ouest de Rio de Janeiro. Nous avons mené ces entretiens afin de comprendre comment ces professionnels ont fait face à la menace et répondu aux demandes instaurées lors de la pandémie. Nous avons fait partie de l'équipe de psychologie de l'hôpital et avons assisté à la transformation de l'institution, de sa structure à la définition de protocoles de traitement pour une maladie encore inconnue à l'époque. Nous avons été obligés de repenser notre dispositif clinique basés sur la psychanalyse appliquée et de mettre en place de nouvelles interventions en réponse à la crise.

Mots-clés: Pandémie de Covid-19; Professionnels de la santé; Psychanalyse appliquée; Interview.

When "stay at home" was not an option: behind the scenes and the reports of the experiences of health professionals on the front of the Covid-19 pandemic: This article reports the case study of the extreme efficiency in the procedures enforced to avert the Covid-19 pandemic, from an analysis of the interviews carried out with the health professionals who commanded the front line of a private hospital in Rio de Janeiro since the beginning of the COVID-19 pandemic. We conducted these interviews with the purpose of understanding how these professionals faced the threat and responded to the demands that emerged during the pandemic. The hospital's psychology team was able to witness the transformations from the hospital's structure to the definition of treatment protocols for a disease unknown at the time. We were forced to rethink our clinical procedure based on applied psychoanalysis and to implement new interventions in response to the crisis.

Keywords: Covid-19 pandemic; Health professionals; Applied psychoanalysis; Interview.

Quando o “fique em casa” não era uma opção: os bastidores e os relatos das experiências dos profissionais de saúde no front de combate à pandemia da COVID-19.

Mariana de Sá Freire Medrado Dias, Tania Coelho dos Santos, Flavia Ribeiro Costa Pereira, Daniele Rangel Dos Santos Rodrigues & Edineia Aparecida da Silva da Graça e Costa

No início de 2020, a população brasileira já acompanhava o avanço da Covid-19 pelo mundo e sua perspectiva de chegada ao Brasil. Neste momento a instituição hospitalar na qual estamos inseridas já começava a esboçar seu plano de ação para o enfrentamento da pandemia. As lideranças dedicaram-se a traçar um escopo do que seria a reestruturação da assistência: redimensionamento da emergência, realocação de profissionais, fluxograma da triagem e das internações e isolamento de diversos setores do hospital. A instituição respondeu rapidamente e, como integrantes da equipe de psicologia do hospital, acompanhamos de perto as mudanças estruturais, a descrição de novos fluxos, a construção de barreiras em setores de isolamento COVID, a redefinição de protocolos assistenciais destinados para o tratamento de pacientes nas diferentes fases da doença, a proibição de visitas e a instituição de novas práticas para garantir a comunicação efetiva com familiares também isolados. Foram colocadas em práticas medidas protetivas, cuidados redobrados com a higienização dos espaços institucionais, rigor com os protocolos de segurança, utilização de Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs), remanejamento de funcionários do grupo de risco e reorganização das escalas de trabalho.

Realizamos entrevistas semiestruturadas com profissionais que não só atuaram na linha de frente do cuidado, como também tiveram participação ativa e de grande importância na coordenação, supervisão e organização da instituição. As entrevistas tiveram como objetivo a avaliação dos impactos deste processo, principalmente no que diz respeito à capacidade de reestruturação hospitalar, à participação e ao engajamento do profissional de saúde, considerando os efeitos psicopatológicos do medo de contaminação e do desconhecimento da doença.

FASE 1 – Os primeiros pacientes: a reestruturação dos setores e o impacto da mudança na equipe de saúde.

As primeiras internações por Covid-19 começaram em março de 2020. Antes disso, as mudanças institucionais que envolviam as equipes de saúde e seus setores já haviam começado. As perspectivas eram desconhecidas e assustadoras. As transformações aconteciam no ambiente físico e eram atualizadas a cada dia, de acordo com as demandas que surgiam. O mesmo acontecia com os protocolos, criados especificamente para orientar de maneira técnica o passo a passo da internação desde a admissão do paciente no hospital, até a indicação e realização de procedimentos/exames invasivos. Os profissionais foram gradativamente treinados para paramentação e desparamentação no uso dos EPIs. “Foi preciso organizar a rotina, o treinamento

de paramentação e desparamentação. Principalmente no início, tem o medo e, na hora do medo, a pessoa pode se apavorar e fazer errado. Então, essa questão da paramentação e desparamentação precisava estar automatizada”¹.

Os Centros de Terapia Intensiva e as unidades de internação foram isolados e organizados por níveis de complexidade da doença. “Tivemos que fazer adequações no ambiente de trabalho, posto de enfermagem ‘mais *clean*’, menos coisas nas bancadas, sistema de higienização dos teclados, o uso do telefone do posto só por viva voz, spray de álcool 70 disponível em todo lugar”². Grupos de trabalho foram desmembrados e ganharam novas configurações. Os profissionais de saúde tiveram as suas escalas de trabalho modificadas e, muitas vezes, foram convocados a exercer funções, até então, nunca exercidas dentro da sua especialidade. Foi exigida das equipes uma capacidade rápida e eficiente de adaptação.

Os entrevistados identificaram mudanças significativas e inéditas em suas rotinas de trabalho. A dedicação era exclusiva. “A rotina foi muito mais intensa, perdemos o horário de entrar, de sair e finais de semana. Também tivemos que reformular as escalas de trabalho. Todas mudaram, tudo mudou. Mudamos o nome dos setores, os profissionais passaram a trabalhar com outros profissionais, plantonistas viraram rotinas e assumiram funções completamente diferentes”³. Foi unânime a percepção de que isto era necessário e que não se tratava apenas de uma questão de cumprir horários. Os profissionais se lançaram no trabalho sem medir esforços: “o nosso dever de fazer envolveu uma questão ética, um dever moral. Isso deu uma maior responsabilidade no exercício do trabalho. Transformou a causa em um dever. Vi isso em muita gente, muitas pessoas trabalhando por um propósito maior”⁴.

O pouco conhecimento sobre a doença era preocupante. As lideranças foram convocadas a desenvolver uma estrutura hospitalar que fosse capaz de lidar com um cenário semelhante a uma guerra. A dramaticidade dessa experiência era algo inusitado e embora isso fosse potencialmente angustiante, os entrevistados enxergavam nesse contexto uma oportunidade para inovação, um novo paradigma no modelo assistencial: “são epidemias como essa, situações como essa, que construíram nossa sociedade, que é a terapia intensiva. A gente ficou com a sensação de que essa pandemia vai mudar nossa maneira de trabalhar e até de se relacionar com a sociedade de maneira geral”⁵.

De um lado o ineditismo da situação convoca e instiga. “Quando a gente ouviu sobre os primeiros casos na China, a gente ficava ansioso para que os casos chegassem no Brasil, para poder fazer o que a gente faz”⁶. Por outro lado, amedronta: “eu fiquei em pânico. Pânico pessoal, de responsabilidade. Medos pessoais, medos coletivos. Tive bastante medo”⁷. O comportamento imprevisível do vírus no organismo assustava. Existia o medo de contaminação (de si próprio, dos familiares, amigos e parceiros de trabalho) e o de não conseguir salvar vidas. “Fiquei muito assustado. Sobretudo pela possibilidade de não dar conta do ponto de vista da assistência e de ver

as pessoas morrerem. Fiquei assustado pelos meus amigos e familiares, pelas pessoas de uma maneira geral⁸.

A experiência revelou que o medo provocou em alguns médicos que estavam na linha de frente reações de desespero e que alguns chegaram a ficar paralisados diante do trabalho. Paralelamente a isso, outros iam para a guerra com as armas que acreditavam dispor:

Pegar uma equipe que nunca tratou uma doença e ter que prepará-la rapidamente foi muito desafiador. Nós tivemos a 'síndrome do impostor coletivo', sem ferramenta alguma a gente teve que se virar. Mas você trabalhar com uma equipe inteira é complicado porque quem não estava com a síndrome do impostor estava em hipomania. Ou seja, a pessoa que estava consciente do problema, sabia que estava lascada porque não se sabia nada sobre a doença. Naquele momento eu vi pessoas extremamente capacitadas congelarem⁹. Na equipe de enfermagem, a reação de paralisia não incidiu tanto assim: "e o resultado disso é que no início da pandemia, principalmente, voltou aquela moda de que ser enfermeiro é uma coisa nobre. Você falar numa mesa de jantar que você é enfermeiro, você é um herói de guerra. Então você via as pessoas muito motivadas¹⁰.

Seria interessante fazer uma hipótese sobre qual foi o fator determinante para viabilizar a execução de uma mudança drástica e eficiente na estrutura e na logística hospitalar. Surgiu na fala dos entrevistados o reconhecimento de uma figura que executava sua liderança de forma inquestionável. Quem assumiu esse protagonismo foi o diretor médico, que convocou cada um a exercer seu papel com autonomia, coragem e ousadia:

Ele falava assim: 'eu quero que vocês arrisquem, eu quero que vocês tentem. Vocês têm que tentar, e qualquer coisa que vocês tentem, documentem e a gente rediscute'. É quase o oposto do que a gente espera, do que se vê habitualmente de um gestor de saúde, que é de se acovardar para proteger as finanças. Ele fez o contrário. Tivemos um apoio muito grande da direção do hospital, inclusive financeiramente¹¹.

O protagonismo não era em sua essência centralizador, não ambicionava conquistar os méritos, mas sim, servir como fonte de inspiração na árdua missão. Isso despertou em muitos o desejo de vencer, o que facilitou o trabalho em grupo: "a capacidade das pessoas que nunca trabalharam juntas rapidamente se entenderem em um ambiente muito inóspito, foi uma bela surpresa. Vi que em uma situação de guerra as pessoas são capazes de deixar as diferenças de lado e de trabalhar em conjunto"¹².

O cenário hostil revelou talentos que seguiriam invisíveis dentro de uma situação rotineira e funcionou como um antídoto para questões que pareciam enraizadas no comportamento da equipe. Como pudemos perceber, alguns ficaram paralisados pela angústia, mas, para outros, a angústia foi um estímulo à potência:

As pessoas começaram a mostrar coisas que eu não conseguia ter espaço para ver. Eu não tinha tanto paciente grave ao mesmo tempo. Hoje eu vejo que eu tinha várias pessoas que estavam escondidas e que deram conta do recado. [...] outro exemplo é o remanejamento: acabaram os setores, os núcleos, os feudos, isso eu considero muito legal, talvez a melhor coisa¹³.

O serviço de psicologia sempre teve papel ativo e relevante em todos os setores assistenciais do hospital, como também um programa de assistência psicológica aos colaboradores. Essa prática é desenvolvida a partir de um projeto de pesquisa em psicanálise aplicada, sob orientação e supervisão da Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos¹⁴. Por causa dessa nossa inserção num programa mais amplo de pesquisa e intervenção, fomos protagonistas do desejo de fazer parte dessa engrenagem de mudanças e readaptações. Nós nos sentimos convocadas a inventar uma prática para viabilizar uma nova forma de assistência que garantisse os princípios da psicanálise aplicada que sempre nortearam esse nosso trabalho: avaliação, diagnóstico e intervenções precisas. Naquele momento, era preciso garantir a efetividade da psicanálise aplicada em um contexto estremecido pela deflagração de sentimentos de ameaça, angústia e medo no ambiente coletivo de trabalho. Deparamo-nos com a intensificação das manifestações da pulsão de morte através de alguns comportamentos disruptivos e com o surgimento de novas urgências subjetivas.

Algumas perguntas nortearam nossa reorganização: Como desenvolver um novo modelo de assistência psicológica num ambiente hospitalar que foi esvaziado da nossa presença física e da presença de visitantes e familiares na tentativa de reduzir a circulação de profissionais e os riscos de contaminação? A prioridade de permanência nesses setores era dos profissionais dedicados diretamente à assistência aos pacientes contaminados (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas). Como abordar familiares ansiosos que foram impedidos de comparecer ao hospital devido as regras de isolamento social instituídas? E os médicos, enfermeiros e demais profissionais? De que forma poderiam contar com o serviço de psicanálise aplicada numa realidade em que a barreira da comunicação parecia potencializar as dificuldades?

Sabemos que o sofrimento decorrente de uma situação de adoecimento pode produzir profundos distúrbios na vida do paciente e de sua família. Essa vivência muitas vezes atualiza uma desregulação que é deflagrada pelo impacto que a situação de adoecimento/hospitalização produz

e provoca ruídos no campo do tratamento médico e no âmbito institucional, o que nos pareceu potencializado pela pandemia. O trabalho de avaliação na prática da psicanálise aplicada consiste numa entrevista preliminar com o objetivo de perceber caso a caso, com agilidade, as coordenadas simbólicas que estruturam as narrativas e traçar uma hipótese diagnóstica para orientar a estratégia de intervenção possível. É possível, graças à disciplina das entrevistas preliminares, circunscrever os sinais de mal-estar, localizar os impasses subjetivos inconscientes, antecipar um diagnóstico experimentalmente e intervir nos desarranjos imaginários insuficientemente simbolizados.

Desenvolvemos alguns critérios de avaliação baseados na gravidade do quadro clínico dos pacientes. Oferecemos suporte psicológico de rotina de forma remota (telefone) a todos os familiares de pacientes intubados na terapia intensiva. Os pacientes lúcidos e/ou seus familiares eram avaliados por nós, sempre a critério e a partir da solicitação da equipe de saúde. Buscamos intermediar as relações entre médicos, pacientes e familiares, assim como reduzir os riscos de conflitos diante das proibições de visita e restrições da comunicação. Atuávamos muitas vezes como “tradutoras” das informações transmitidas rapidamente e mal assimiladas durante os contatos telefônicos diários com os médicos da rotina, favorecendo uma comunicação mais efetiva. Além disso, elaboramos um folder com recomendações voltadas a atenção à saúde mental da equipe multiprofissional em tempos de pandemia. Ressaltamos a importância de evitar o excesso de informações, estimulamos as participações nos treinamentos oferecidos pela instituição, o cuidado com seu corpo, a prática da resiliência e da superação. Também foi oferecido um canal direto de suporte psicológico presencial e remoto, a fim de intervir diretamente sobre as manifestações de angústia que surgiram nesse período.

FASE 2 - O pico das contaminações com número elevado de internações: a entrada da psicanálise aplicada no setor de isolamento COVID

Verificamos um número elevado de internações, a necessidade de abertura de novos leitos com o crescimento da área de isolamento e a concentração de muitos pacientes na Terapia Intensiva. Aconteceu uma ocupação de leitos jamais vista, com pacientes graves e concomitantemente dependentes de uma série de dispositivos de suporte à vida. Exigiu-se por parte das lideranças uma grande habilidade, não apenas no que diz respeito aos artifícios técnicos, mas na identificação dos recursos emocionais que as pessoas dispunham naquele momento para suportar uma intensa carga de trabalho, sob forte estresse:

Nós nunca trabalhamos com um volume tão alto de pacientes graves. Mas eu acho que a coisa mais inesperada foi o congelamento de determinadas pessoas. Então, eu tive que entender, segurar essas pessoas, acolher e deixá-las descongelando porque eu sabia que

eu iria precisar delas em algum momento. Por outro lado, também tive que segurar o freio de alguns. Esse é o tipo de coisa que não planejávamos fazer, nós planejávamos o respirador, os suprimentos, mas lidar com a forma como cada um reagiu foi muito curioso¹⁵.

As internações dos pacientes mais graves eram longas e muitos deles evoluíam para a dependência de traqueostomia, o que apontava para uma "cronicidade" do quadro com necessidade de reabilitação respiratória e motora. Diante disso, encontrávamos pacientes lúcidos, mas traqueostomizados e miopáticos, o que impedia o atendimento psicológico via telefone. Com o prolongamento das internações e com a permanência das medidas que garantissem o isolamento social, esses pacientes eram privados do contato com seus familiares por um longo tempo. Diante dessa realidade, repensamos o protocolo de assistência psicológica na tentativa de garantir o suporte a esses pacientes e minimizar os impactos impostos pelo afastamento prolongado de seus familiares.

A reorganização da estrutura hospitalar, a implementação de protocolos assistenciais, a capacidade de exercício das funções dentro de uma certa rotina e o prolongamento das internações exigiram uma flexibilização quanto à circulação dos demais profissionais da equipe multiprofissional dentro da área de isolamento. Diante disso, passamos a integrar a rotina desses setores, realizando presencialmente avaliações psicológicas para oferecer uma via de elaboração aos pacientes que manifestavam mal-estar psíquico associado ao adoecimento/hospitalização. Os contatos com os familiares foram mantidos por telefone, pois as visitas permaneciam suspensas. De forma concomitante, desenvolvemos visitas virtuais entre paciente e familiares através de chamadas de vídeos realizadas por um "robô" construído pela instituição na tentativa de contribuir com a interface entre pacientes e seus familiares e reduzir os impactos psíquicos causados pelo isolamento.

FASE 3 – Os efeitos do trabalho e as transformações da equipe de saúde

O protagonismo exercido por cada liderança, o apoio oferecido pela direção do hospital e pelo cooperativo da rede de saúde, a United Health Group, através do suporte logístico e financeiro foram decisivos para a construção de uma organização eficiente. Na prática, tal apoio se traduziu no incentivo quase irrestrito à capacidade de autonomia das diferentes equipes. A prática num hospital da rede privada nos surpreendeu pela confiança no espírito empreendedor e na capacidade de agir e resolver problemas de cada um.

O que essa pandemia fez foi proporcionar uma união das lideranças do hospital. Levar essa fase da maneira como nós levamos não foi fruto do esforço/planejamento de uma única

Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana. Rio de Janeiro, 15(29), 118-128, nov. 2019 a abr. 2020.

Quando o "fique em casa" não era uma opção: os bastidores e os relatos das experiências dos profissionais de saúde no front de combate à pandemia da Covid-19

Mariana de Sá Freire Medrado Dias & Tania Coelho dos Santos & Flavia Ribeiro Costa Pereira & Daniele Rangel dos Santos Rodrigues & Edineia Aparecida Da Silva da Graça e Costa

pessoa. Isso veio de um grupo de pessoas que nunca tinham sentado para trabalhar juntos de verdade e foi assim que conseguimos levar essa situação. Tivemos um apoio muito grande da direção do hospital, o que foi fundamental. Vejo que cada uma das pessoas que já exerciam algumas lideranças em seus setores contribuiu muito para que nós passássemos vivos por tudo. O diretor médico proporcionou isso porque nos deu liberdade¹⁶.

Estes efeitos positivos serão preservados na assistência e configurados como uma herança desse período em que fomos exigidos ao máximo. Talentos foram revelados ou despertados. Todos fomos convocados a essa nova demanda, e embora angustiados, o desamparo e a ameaça puderam ser transformados em potência e superação. Há um sentimento de orgulho, de pertencimento, recolhido no discurso junto aos colaboradores.

O medo foi passando na medida em que as pessoas iam exercendo as suas funções. Sobretudo aqui no hospital nós víamos que tínhamos uma estrutura tão bem montada, que se qualquer um de nós contraísse a doença, nós sabíamos que seríamos bem cuidados. Nós tínhamos uma rede de amparo. Então à medida que a gente ia atuando e não ia contraindo a doença confiávamos mais nos nossos EPIS. Víamos como tudo estava funcionando, vimos que não tínhamos entrado em colapso e o medo foi embora¹⁷.

A pandemia da COVID-19 revelou durante o trabalho neste hospital significantes potentes, tais como liderança, autonomia, planejamento e coletividade, que serviram de gatilho para nos tornar produtivos e propulsores em meio aos discursos desestabilizadores e pessimistas. Embora estivéssemos imersos em um cenário com perspectivas caóticas e de colapso, identificamos que essa experiência insólita trouxe à tona mais potencialidades do que fracassos, garantindo a reinvenção de grande parte da engrenagem hospitalar e o êxito no enfrentamento das dificuldades impostas pela pandemia.

Notas:

1. Dr. Gabriel Treiger – Coordenador da Clínica Médica da Unidade de Internação (UI).
2. Idem 1.
3. Theia Maria Forny Wanderley Castelloes – Coordenadora da Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
4. Dr. Victor de Souza Cravo – Coordenador médico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
5. Dr. Bruno Macedo Fernandes – Médico-intensivista da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
6. Idem 5.

7. Idem 4.
8. Dr. Emmanuel Santos Salgueiro – Supervisor Médico da Unidade de Terapia Intensiva (C.T.I.).
9. Idem 4.
10. Idem 5.
11. Idem 5.
12. Idem 8.
13. Idem 4.
14. Coautora deste artigo.
15. Idem 4.
16. Idem 8.
17. Idem 8.

Referências Bibliográficas

- Coelho dos Santos, T. (2001). *Quem precisa de análise hoje? discurso analítico: novos sintomas e novos laços sociais*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Coelho dos Santos, T. (2020). A irrupção do privado no espaço público. In Julio Vertzman; Fernanda Pacheco. (Org.). *O público na psicanálise*. 1ed. Curitiba: Appris, 2020. No prelo.
- Cottet, S. (2005). Efeitos terapêuticos psicanalíticos na clínica contemporânea. In Santos, T.C. (org.), *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Freud, S. (1996). O inconsciente. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 171-209). Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. 14 (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1917). Luto e melancolia. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 275-291). Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. 14 (Trabalho original publicado em 1917).
- Lebrun, J. (2009). *Clínica da instituição: o que a Psicanálise contribuiu para a vida coletiva*. Porto Alegre, RS: CMC Editora.
- Oliveira, F.L.G. de; Coelho dos Santos, T.; Dias, M.M.; Barros, P. (2019). Psicanálise aplicada com profissionais em uma instituição hospitalar: os afetos e a dimensão real do Outro. *Rev. SBPH* [online]. 2019, vol.22, pp. 157-173.

Citação/Citation: S. F. Medrado Dias, M. & Coelho dos Santos, T. & R. Costa Pereira, F. & Rangel S. Rodrigues, D. & A. S. Graça e Costa, E. (nov. 2019 a abr. 2020). Quando o “fique em casa” não era uma opção: os bastidores e os relatos das experiências dos profissionais de saúde no front de combate à pandemia da Covid-19. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 15(29), 118-128. Disponível em www.isepol.com/asephallus. Doi: 10.17852/1809-709x.2020v15n29p118-128

Editor do artigo: Tania Coelho dos Santos.

Recebido/Received: 10/03/2019 / 03/10/2019.

Aceito/Accepted: 10/20/2019 / 20/10/2019.

Copyright: © 2019 Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.