



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Propesp**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**  
**Laboratório de Psicologia Clínica Fenomenológica**  
**Existencial e Psicossocial - Laclifep**

**Maria Paula Marques Macêdo**

**A Experiência de Internamento em UTI devido à Covid-19: Ressonâncias na**  
**Existência do Paciente**

**Recife**

**2022**

Maria Paula Marques Macêdo

A Experiência de Internamento em UTI devido à Covid-19: Ressonâncias na  
Existência do Paciente

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica, na linha de pesquisa de Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto.

Recife

2022

M141e Macêdo, Maria Paula Marques.

A experiência de internamento em UTI devido à Covid-19  
: ressonâncias na existência do paciente / Maria Paula Marques  
Macêdo, 2022.

108 f. : il.

Orientadora: Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de  
Siqueira Leite.

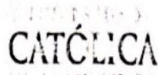
Coorientadora: Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de  
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia  
Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2022.

1. Unidade de tratamento intensivo. 2. Psicologia clínica.
3. Psicologia clínica da saúde. 4. Fenomenologia existencial.
5. Hermenêutica. I. Título.

CDU 159.9:61

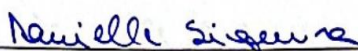
Pollyanna Alves - CRB4/1002



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Propesp  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica  
Mestrado em Psicologia Clínica  
Laboratório de Psicologia Clínica Fenomenológica  
Existencial e Psicossocial - Laclifep

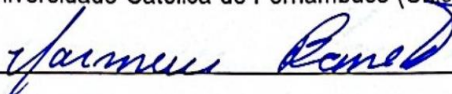
Dissertação intitulada **A Experiência de Internamento em UTI devido à Covid-19: Ressonâncias na Existência do Paciente**, de autoria da mestranda Maria Paula Marques Macêdo, apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica, na linha de pesquisa de Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas.

Banca Examinadora



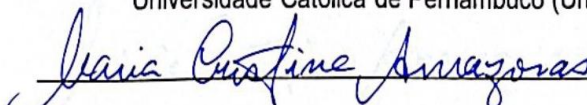
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite (Orientadora)

Universidade Católica de Pernambuco (Unicap)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (Coorientadora)

Universidade Católica de Pernambuco (Unicap)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas (Membro)

Universidade Católica de Pernambuco (Unicap)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria de Santana (Membro)

Universidade de Pernambuco (UPE)

Recife, 9 de dezembro de 2022

À minha avó Zélia (*in memoriam*), que será  
sempre uma grande inspiração.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus, autor de minha vida, que me deu forças para concluir este trabalho, em tempos tão difíceis de pandemia.

Aos meus pais, Tatiana e Paulo Sérgio, que são grandes incentivadores de meus sonhos e projetos.

À minha Bai, por todo o cuidado, amor e paciência. Por dedicar sua vida a cuidar da minha.

Ao meu amor e companheiro de vida, Diogo, por todo o apoio e a torcida de sempre.

À minha orientadora, professora doutora Danielle Siqueira Leite, que esteve segurando a minha mão em todos os momentos e não me deixou desistir.

À minha coorientadora, professora doutora Carmem Lúcia Barreto, pelos ensinamentos e confiança em meu trabalho. E aos demais membros da banca, professoras doutoras Cristina Amazonas e Ana Maria de Santana, pelo incentivo, interesse e disponibilidade.

Aos queridos profissionais do hospital, companheiros de linha de frente, por todo o aprendizado e pela coragem de seguir caminhando.

## Resumo

O presente estudo se propôs a compreender a experiência de internamento em UTI de pacientes acometidos pela covid-19 e as ressonâncias em cada existência, assumindo como ponto de partida alguns dos pressupostos fenomenológicos hermenêuticos acerca da existência e sobre o fenômeno do adoecimento. Para tanto, utilizaram-se como recursos a entrevista narrativa e o diário de campo da pesquisadora. Participaram das entrevistas quatro colaboradores, que estiveram internados em UTI de covid-19 em diferentes hospitais da cidade do Recife há pelo menos dois meses de cada encontro. A natureza da presente pesquisa é qualitativa, orientada por pressupostos fenomenológicos hermenêuticos, ressoantes na Analítica Existencial de Heidegger e na Hermenêutica Filosófica de Gadamer. A experiência de adoecimento em uma Unidade de Terapia Intensiva é um acontecimento fáctico que impõe rupturas, que poderão revelar múltiplos sentidos de modo a ressoar singularmente em cada existência. De modo geral, buscou-se refletir sobre os impactos da experiência interrogada, considerando-se a experiência, afastando-se de compreensões que se limitam à experiência de adoecimento em termos de diagnóstico e tratamento. Desvelou-se, a partir de tais horizontes, a experiência de internamento como mobilizadora de crise, escancarando a imprevisibilidade do existir e lançando o humano na indeterminação. Em tal direção, apontou-se também para o "des-encobrimento" da condição originária do humano de ser-finito, que se dá a partir do despertar da tonalidade afetiva fundamental da angústia. Tais compreensões apontaram, ainda, para o domínio de um olhar tecnicista na situação de internamento, perspectiva que rege o contexto da saúde, mas que acaba deixando de lado a experiência do paciente. Nessa direção, foi possível compreender que o fazer técnico possui lugar e se faz necessário em tal contexto, todavia, faz-se também imprescindível um olhar que se volte para o acolhimento e legitimação da experiência daquele que se encontra enfermo.

Palavras-chave: internamento, UTI, Fenomenologia Hermenêutica, Psicologia Clínica, saúde.

## Abstract

The present study aimed to understand the experience of hospitalization in the ICU of patients affected by covid-19 and the resonances in each existence, taking as a starting point some of the hermeneutic phenomenological assumptions about the reality and the phenomenon of illness. For that, the narrative interview and the researcher's field diary were used as resources. Four collaborators participated in the interviews, who were hospitalized in the ICU of covid-19 in different hospitals in the city of Recife. The meetings were held about two months after being discharged. The nature of the present research is qualitative, guided by hermeneutic phenomenological assumptions, resonant with Heidegger's Existential Analytics hospitalization in an Intensive Care Unit is a factual event that imposes ruptures, which may reveal multiple meanings to resonate uniquely in each existence. In general, we sought to reflect on the impacts of the interrogated experience, considering the experience, moving away from understandings that are limited to the experience of illness in terms of diagnosis and treatment. From such horizons, the internment experience was revealed as a crisis mobilizer, opening wide the unpredictability of existing and launching the human into indeterminacy. In this direction, too, it was pointed to the "uncovering" of the original condition of the human being as a finite being, which takes place from the awakening of the fundamental affective tone of anguish. Such understandings also point to the mastery of a technician look at the hospitalization situation, a perspective that governs the health context but ends up leaving aside the patient's experience. In this direction, it was possible to understand that technical doing has a place and is necessary for such a context. However, it is also essential to look at the reception and legitimation of the experience of those who are sick.

Keywords: hospitalization, ICU, Hermeneutic Phenomenology, Clinical Psychology, health.



## Lista de Abreviaturas e Siglas

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Amib	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AMB	Associação Médica Brasileira
<i>Covid-19</i>	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
<i>Iasc</i>	<i>Inter-Agency Standing Committee</i> (Comitê Permanente Interagências, em português)
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde, em português)

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>10</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>1 Algumas Considerações sobre o Fenômeno do Adoecimento.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 O Adoecimento a Partir do Olhar Médico.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2 Um Olhar Existencial sobre Saúde e Doença.....</b>	<b>27</b>
<b>2 No Seguimento de um Caminho: As Contribuições dos Pensamentos Filosóficos de Heidegger e Gadamer na Interpretação dos Fenômenos Des-Velados.....</b>	<b>36</b>
<b>3 As Re-Descobertas: Diálogos Tecidos a Partir do Encontro com as Narrativas.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1 O Internamento na UTI Covid como uma Experiência Mobilizadora de Crise.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2 A Experiência de Crise e o Despertar da Condição Originária do Homem Enquanto Ser-Finito.....</b>	<b>63</b>
<b>3.3 O Despertar da Angústia.....</b>	<b>72</b>
<b>3.4 A Tecnificação da Existência no Contexto da Saúde.....</b>	<b>79</b>
<b>4 Considerações Finais.....</b>	<b>89</b>
<b>Referências.....</b>	<b>95</b>
<b>Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>106</b>

## **Apresentação**

Foram os corredores de um hospital de médio porte, que havia acabado de se tornar referência para o atendimento aos pacientes com *coronavirus disease* (covid-19), que me guiaram rumo à temática em questão. Esse cenário me acompanhou durante toda a investigação, colocou-me e ainda me coloca, enquanto psicóloga desse hospital, junto aos pacientes que vivem a experiência de internamento numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), local que durante um longo período da pandemia do novo coronavírus, destinou-se exclusivamente para o tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 – SARS-CoV-2. Ao me ver lançada nesse contexto, como parte de uma equipe multidisciplinar, restou-me encontrar possibilidades de seguir adiante com o meu fazer clínico, especialmente considerando a experiência dos pacientes.

E foi nesse cenário em que estive durante a pandemia que devastou o país e o mundo. Penso que este estudo também é atravessado por um dos períodos mais difíceis e significativos de minha história. Em diversos momentos, precisei parar e recuperar o fôlego, tomar coragem para visitar um capítulo doloroso e aproximar-me de minhas próprias lembranças. Não há como não me sentir próxima das narrativas colhidas neste estudo. Em certa medida, aquilo que se falava não era estranho, mas tornou-se diferente, assumiu um todo mais amplo no contato com outros horizontes.

Costumo pensar nesse período como um divisor de águas. Um momento em que exercer a minha profissão tornou-se seriamente desafiador naquelas condições, mas extremamente necessário. Estávamos atravessando um capítulo de muitas perdas, de dor e sofrimento. Momento em que se fez presente a angústia, apontando

para uma dimensão de provisoriedade e impermanência. Sobretudo no contexto de internamento, o qual sempre despertou meu interesse e profundas inquietações.

Sabe-se, pois, que o internamento em decorrência da covid-19, em sua manifestação mais grave, revela-se enquanto um acontecimento fáctico, que retira o paciente de seu mundo cotidiano e que poderá assumir múltiplos sentidos de modo a ressoar singularmente em cada existência. Proponho, como objetivo geral deste estudo, voltar-me para o desvelamento de horizontes compreensivos a respeito da experiência de internamento em UTI pela covid-19 e suas ressonâncias na existência do paciente.

Com esse propósito, busquei o diálogo com aqueles que recentemente vivenciaram de modo singular esse acontecimento<sup>1</sup>, o qual escancara a condição própria de ser-finito e de imprevisibilidade da vida. Considero que quando a doença causada pelo novo coronavírus impõe a experiência de internamento hospitalar em uma UTI parece ser necessário pensar as incertezas que acompanham tais condições em um contexto que envolve um modo de isolamento, restrições e desarticulações existenciais. Para além da doença, tal situação convocou o pensar meditativo<sup>2</sup> a respeito daquilo que vem ao encontro do paciente que vive essa experiência e os possíveis desdobramentos e repercussões nos modos de ser e estar no mundo.

Assim, encaminhou-se este estudo a partir de um horizonte compreensivo outro, que questiona o modo de lidar da medicina moderna com a doença e com aquele que adoece. Gadamer (2011) descreve como o fazer médico está inserido no mundo tecnificado: regido e comprometido com o tratar e restabelecer a saúde

---

<sup>1</sup> De acordo com Figueiredo (1994, p. 152), “um acontecimento não é algo que (ir)rompe e transita, ele é ruptura e a transição mesma”.

<sup>2</sup> Refere-se ao modo de pensar denominado por Heidegger de pensamento meditante, sendo a meditação compreendida enquanto aguardar silencioso, que não busca prever, mas acompanhar o fenômeno em sua mostração.

promovendo a cura. O médico, segundo o filósofo, é aquele que deve conhecer e, sobretudo, dominar a saúde e a doença de forma minuciosa com a ajuda dos procedimentos de medição. Por vezes, atenta exclusivamente ao orgânico, atuando sobre o corpo material e privilegiando a doença em seu fazer frente à experiência de adoecimento. A doença, na medicina moderna, é muitas vezes compreendida restritamente a partir de um horizonte quantificador, sendo os dados avaliados mensurados por instrumentos.

Ao buscar um horizonte compreensivo outro para compreender a experiência de adoecimento do ser-humano, não me disponho a negar o conhecimento produzido no campo médico, tampouco a desconsiderar sua validade e os seus avanços, mas tão somente a reconhecer que essa perspectiva se revela insuficiente para compreender a experiência daquele que se encontra adoecido, visto que nessa perspectiva médica prevalece uma visão que concebe o homem isolado do mundo, não levando em conta a própria experiência e sua singularidade.

Ao focar a experiência de internamento pela covid-19, encontro-me com os seguintes questionamentos: como o paciente compreende tal acontecimento e quais os desdobramentos em sua existência? Que possíveis modos de ser e estar no mundo estão sendo assumidos diante de um acontecimento que rompe com o habitual e a ilusão de segurança e controle? Como corresponde ao que o interpela numa experiência de internamento pela covid-19? Qual o sentido que se revela? Como experiencia seu poder-ser frente ao que se mostra? Quais as tonalidades afetivas que se apresentam?

Frente às questões levantadas, lancei-me ao desafio de compreender as ressonâncias da experiência de internamento em Unidade de Terapia Intensiva pela covid-19 na existência do paciente a partir dos pressupostos fenomenológicos

hermenêuticos presentes no pensamento de Martin Heidegger. Pretendi, de modo mais específico: 1) discutir o contexto e o modo de funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva destinada aos pacientes acometidos pela covid-19; 2) refletir sobre o fenômeno do adoecimento à luz da fenomenologia hermenêutica; e 3) compreender como a experiência de internamento na UTI pela covid-19 repercutiu nos modos de ser do paciente.

O presente estudo será apresentado em quatro capítulos. Introduzo a temática a partir de uma breve contextualização acerca do cenário pandêmico e a situação epidemiológica em questão, realidade reconhecida como tal pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 11 de março de 2020. Um contexto limitado circunstancialmente o qual convocou o desvelamento de outros modos de ser humano, estabelecendo o afastamento de pessoas e rupturas no mundo familiar, ao mesmo tempo em que impôs a desconstrução de projetos de vida e a lida com um futuro ameaçado.

Inicialmente tematizo o fenômeno do adoecimento a partir de uma análise crítica sobre o modo de compreender saúde e doença que orienta o pensamento da medicina moderna, a qual é regida pelos moldes da mensurabilidade, previsibilidade e controle que caracterizam o horizonte técnico-científico dominante. Em um segundo momento, lanço mão da interpretação desses fenômenos à luz das contribuições de Gadamer e Heidegger. Consideram-se tais fenômenos como modos de existir possíveis ao ser humano que, quando enfermo, experimenta a privação de seu poder-ser.

No capítulo que antecede a análise das entrevistas, descrevo o caminho metódico percorrido no recolhimento e compreensão das narrativas. Assumo como fio condutor alguns dos pressupostos da Analítica Existencial de Heidegger e da

Hermenêutica Filosófica de Gadamer, na tentativa de entender como a existência se mostra nessa perspectiva, a partir do próprio desocultamento do fenômeno, que se dará no jogo dialógico hermenêutico. E, nessa medida, atentar às singularidades presentes em cada situação.

No penúltimo capítulo, promovo o encontro com as possibilidades compreensivas que foram se mostrando nesse percurso. Apresento a costura daquilo que foi se re-velando nas narrativas, em diálogo com meu próprio diário de campo e à luz dos pensamentos filosóficos em questão. Trato, pois, da fusão desses horizontes de modo a ampliar o olhar sobre aquele que se encontra adoecido, considerando-o em seu dizer e nas possíveis ressonâncias afetivas que podem ser testemunhadas em suas narrativas.

Ao final, aponto algumas considerações como des-fechos deste trabalho, no intuito de continuar interrogando a temática. Nesse sentido, apresentam-se algumas das ressonâncias existenciais colhidas a partir das narrativas e consideradas a partir das singularidades de cada situação. Frente ao que se desvela abrem-se outras interrogações, sobretudo no que se refere ao fazer clínico do psicólogo nesse contexto específico da UTI, orientando-se a partir de um saber que privilegie a reflexão sobre a experiência.

## Introdução

Em 31 dezembro de 2019 a China detectou na cidade de Wuhan, província de Hubei, a presença de um novo coronavírus, mais tarde identificado como SARS-CoV-2 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e causador da doença infecciosa *coronavirus disease 2019* (covid-19). O vírus teve rápida disseminação em nível mundial numa curta escala de tempo, com transmissão sustentada em vários continentes, sendo em 11 de março de 2020 decretado estado de pandemia pela OMS. No entanto, antes de tal designação, em janeiro desse mesmo ano a Organização já havia declarado que o surto enfrentado consistia em Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo esse o mais alto nível de alerta à comunidade internacional, implicando na adoção de medidas em caráter emergencial visando responder a graves riscos de saúde pública (Organização Pan-Americana da Saúde [Opas], 2021).

O mundo enfrentou – e ainda enfrenta – o combate contra a covid-19 e suas consequências para a humanidade nos mais diversos âmbitos. Uma doença altamente infecciosa, caracterizada por um leque amplo de gravidade, cujos sintomas variam de um resfriado, uma síndrome gripal, até um quadro de pneumonia grave, síndrome do desconforto respiratório agudo, choque e comprometimento dos órgãos (Mancuzo et al., 2021; Ministério da Saúde, 2020). Entre os sintomas mais relatados estão: fadiga, dor de cabeça, perda de olfato e paladar por período prolongado, queda de cabelo, dor nas articulações, dor torácica, tosse, falta de ar, distúrbios do sono, além de outras alterações (Mancuzo et al., 2021; Pezzini & Padovani, 2020; World Health Organization [WHO], 2020a).



A transmissão acontece de pessoa para pessoa, principalmente por meio de gotículas no trato respiratório e por contato com objetos e superfícies contaminadas. Sabe-se que mesmo em caso de infecção sem aparecimento de sintomas, ainda é possível a transmissão (Ministério da Saúde, 2020). Idosos e doentes crônicos aparecem no grupo de risco, assim, tendo maior chance de obter um prognóstico desfavorável (Inter-Agency Standing Committee [Iasc], 2020; Zhang, 2020). Todas as pessoas podem ser infectadas, mas a maioria desenvolve quadros leves da doença. Constata-se que uma parcela de 14% apresenta a doença na sua forma grave e pode necessitar de hospitalização, enquanto 5% requerem internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) por insuficiência respiratória aguda, podendo necessitar de suporte de oxigênio, máscara de ventilação não invasiva (VNI) ou até necessitar de intubação, ventilação mecânica invasiva (VMI) (Ministério da Saúde, 2021b).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área do hospital voltada ao atendimento de pacientes graves ou potencialmente graves. Esses pacientes demandam cuidados complexos, específicos e vigilância contínua exercida por uma equipe multidisciplinar devidamente capacitada. Foram locais especialmente atingidos e modificados com a chegada da pandemia, sendo urgente a ampliação de leitos e abertura de novas unidades para aumentar a capacidade de atendimento aos pacientes graves com covid-19. Muitas dessas unidades passaram a receber exclusivamente casos de covid-19 e sofreram alterações importantes em suas rotinas e protocolos. Para que isso fosse possível, segundo as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib) foi necessário priorizar questões como espaço, equipamentos e equipe (Dal-Pizzol, 2020).

Seguindo um plano de contingência e conforme o aumento dos casos, setores hospitalares acabaram sofrendo adaptações para funcionar como UTIs temporárias,

recebendo preferencialmente pacientes menos críticos. Para aumentar a disponibilidade de leitos das próprias unidades de terapia intensiva, acabou sendo inevitável suspender procedimentos cirúrgicos eletivos. Ainda, devido à grande demanda, também foi necessário ampliar o número de profissionais nesses setores, até que muitos chegaram a enfrentar uma carga excessiva de trabalho, formando uma linha de frente saturada e vivendo sob a pressão e o medo do adoecimento num contexto de alto risco de contaminação.

Nessas unidades, algumas medidas foram adotadas para prevenir a transmissão da doença e minimizar a exposição ao vírus. Conforme as orientações da Amib (Dal-Pizzol, 2020), entre as medidas que visam tal controle está o distanciamento entre leitos, respeitando-se a distância mínima de 1 m, além da preferência por boxes fechados, caso haja tal estrutura e disponibilidade. Pensando na segurança dos profissionais de saúde que atuam nos cuidados intensivos, máscaras de proteção respiratória do tipo N95, aventais de manga longa descartáveis, luvas de procedimentos não cirúrgicos, gorro e óculos ou viseira específica passaram a integrar os equipamentos de proteção individual.

Os pacientes acometidos pelo vírus necessitam de monitorização contínua de seu estado clínico a fim de se avaliar a progressão da doença. Em caso de agravamento dos sintomas, deve-se intervir com antecedência, tendo em vista o risco de comprometimento de múltiplos órgãos. Cabe ressaltar que as alterações funcionais podem persistir após casos graves e outros sintomas podem surgir após a covid-19 – tais sequelas são descritas como síndrome pós-covid e têm sido pauta de discussões e estudos científicos, apesar de ainda imensuráveis (Huang et al., 2021; Pezzini & Padovani, 2020; Santana et al., 2021; Wang et al., 2020). As sequelas apontadas em tais estudos estão associadas ao sistema respiratório, sistema

cardiovascular, sistema nervoso central e periférico ou decorrem de alterações neurológicas ou psiquiátricas, entre outras.

Desde o avanço da transmissão da doença, algumas medidas que buscam contribuir com a prevenção e controle da transmissão do vírus foram recomendadas pela OMS e amplamente divulgadas entre os países. Entre as iniciativas adotadas ao longo do período pandêmico, destacam-se o incentivo ao distanciamento social, quarentena domiciliar e diversas restrições que buscam reduzir a circulação da população, evitando aglomerações em contextos diversos. Tais medidas foram sendo atualizadas de acordo com a evolução da pandemia e a mudança epidemiológica (WHO, 2020b). A paralisação momentânea de atividades ou a modificação do acesso às mesmas, como o incentivo à prática remota mediante o emprego de tecnologias da informação, acarretou repercussões importantes no modo de viver contemporâneo.

No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado ao Ministério da Saúde em 26 de fevereiro de 2020. Segundo boletim epidemiológico acerca da covid-19 divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, da referida data até 24 de setembro de 2022 já se acumulam 34.630.994 casos no país, sendo de 685.782 o número de óbitos (Ministério da Saúde, 2022). De acordo com relatório da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2021), trata-se da maior crise sanitária e hospitalar da história do Brasil, tendo o país passado por fases críticas de níveis elevados de ocupações de leitos de UTI, enfrentado momentos de colapsos do sistema de saúde, impossibilitando o atendimento de muitos brasileiros em estado crítico e daqueles que demandavam cuidados em razão de outros problemas de saúde.

O desenvolvimento de vacinas contra a covid-19 foi a principal conquista na busca pela redução de novos casos, hospitalizações e óbitos e do avanço da

pandemia. Atualmente, quatro imunizantes são administrados e amplamente utilizados em território nacional: CoronaVac, AstraZeneca, Pfizer e Janssen Vaccine. A vacinação da população brasileira teve início em 18 de janeiro de 2021 e a Campanha Nacional de Vacinação prevê até o final de 2021 a aplicação de cerca de 662,5 milhões de doses de vacinas contra a covid-19 (Ministério da Saúde, 2021a).

As repercussões sociais, econômicas, políticas e emocionais do momento pandêmico são constantemente discutidas nos mais diversos contextos. Trata-se de uma situação de emergência, que rompe com a familiaridade cotidiana e nos lança um futuro incerto. Segundo Duarte (2020),

Ninguém sabe no Brasil como será o dia de amanhã e nem mesmo se haverá dia de amanhã para milhões de brasileiros, seja para aqueles que não encontrarão leitos de UTI nos hospitais, seja para aqueles que terão de se haver com a gigantesca crise econômica. (p. 22)

Assim, deve-se pensar o momento atual em seu caráter de ameaça e incerteza e considerar os impactos que tal instabilidade acarreta.

Nesse sentido, assumidos como possíveis desdobramentos do período pandêmico, os adoecimentos ditos psíquicos ganham atenção nas principais discussões. Segundo cartilha elaborada pela Fiocruz (2020), “estima-se, que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico”, e, por essa razão, a própria publicação aborda algumas estratégias de cuidado, como o fortalecimento das redes socioafetivas, o incentivo ao autocuidado, a busca por suporte emocional e a adoção de um estilo de vida saudável que contribua com o fortalecimento do organismo.

Ainda levando em consideração as possíveis repercussões da situação existencial vivenciada, Azevedo e Dutra (2020) chamam atenção para um possível aumento do risco de suicídio ao avaliar os sofrimentos vivenciados em tempos pandêmicos. Segundo as autoras, o risco de suicídio aparece entre os possíveis impactos emocionais devido à vulnerabilidade que acaba se revelando em grande proporção em tal cenário, além de fatores como a quebra da convivência social e o medo e pânico generalizado.

Ao se pensar nos grupos mais suscetíveis aos impactos da covid-19 é de suma importância considerar o elevado grau de vulnerabilidade social e econômica brasileira. Compreende-se que o país vinha lidando com uma crise econômica anterior ao momento pandêmico atual, mas essa foi acentuada consideravelmente, resultando em aumento importante da vulnerabilidade social. É o que nos apontam Ferreira e Santos (2021), também colocando que há condições desiguais de proteção contra o vírus, estando entre os grupos mais vulneráveis a população periférica, carcerária e refugiados. Além desses, há outros marcadores sociais como raça, gênero, classe social, sexualidade, etc., que devem ser incluídos ao se considerar os mais afetados e aqueles cujas vidas estão em risco.

Mesmo com o desenvolvimento das vacinas, a situação pandêmica ainda não está controlada, e muitos ainda são os desafios vividos. Diante do aparecimento de novas variantes do vírus, surge a preocupação da comunidade científica com a alteração do curso da pandemia e o comprometimento das respostas protetoras dos imunizantes (Associação Médica Brasileira [AMB], 2021; Holanda, 2021). O cenário ainda é de incertezas quanto aos impactos da covid-19 no Brasil e no mundo, apresentando desafios de proporções históricas. A crise na saúde acompanha a crise econômica e diversas outras crises que demandam ações de caráter emergencial.

## 1 Algumas Considerações sobre o Fenômeno do Adoecimento

O adoecimento, especialmente no momento pandêmico em que vivemos, é uma das principais ameaças ao existir humano. Conseqüentemente, intensificaram-se as discussões e orientações quanto à saúde e à doença, colocando-se tais fenômenos em evidência. A proposta deste capítulo é pensá-los em seus próprios fundamentos existenciais a partir de algumas indicações reveladas no pensamento de Martin Heidegger e de Hans-Georg Gadamer, assim como de outros autores que comungam com esse horizonte compreensivo. Também intenciona realizar uma análise crítica das representações científicas naturais acerca desses fenômenos humanos. Aqui, vale ressaltar que “a palavra crítica provém do grego *crinein*, que significa: diferenciar, realçar. . . . Crítica como diferenciação significa: deixar ver o diferente como tal em sua diferença” (Heidegger, 2017, p. 97).

Nessa direção, busco lançar um olhar crítico para o modo como o fenômeno do adoecimento é apresentado pelas ciências médicas, sustentadas no paradigma biomédico. Para tanto, compreendo a importância de apontar algumas considerações acerca da visão de homem da medicina moderna e atentar para a influência da técnica moderna – que norteia o modo de pensar técnico-científico dominante em nossa época.

No segundo momento, proponho apresentar outras possibilidades compreensivas acerca do fenômeno do adoecimento, que busquem pensar a própria experiência e interrogar seus sentidos. O caminho se dará a partir da compreensão de saúde e doença como modos de existir possíveis ao ser-humano que, quando enfermo, experimenta a privação da sua liberdade existencial.

## 1.1 O Adoecimento a Partir do Olhar Médico

O modelo médico explicativo do adoecimento, que vigora a partir da pensamento técnico-científico, parte de um olhar classificatório e mensurativo das doenças e do corpo humano na medida em que acabam por objetificar os fenômenos existenciais. Parte de uma visão cartesiana ainda hegemônica, que acompanha uma concepção mecanicista do corpo humano e que se descobre como uma das principais marcas da racionalidade moderna. Nessa concepção, o funcionamento do corpo humano se assemelharia ao de uma máquina, que segue uma lógica articulada e pode ser danificada na presença de enfermidades (Anderson & Rodrigues, 2016). Dessa maneira, as intervenções médicas atuam no sentido de garantir o controle das patologias, o retorno ao funcionamento normal do organismo e o restabelecimento da saúde. É o que aponta Miranda-Sá (2013) ao colocar que o propósito do médico enquanto promotor da saúde “é cuidar ou curar pessoas enfermas, seres humanos afetados por uma condição patológica, para livrá-las dessa condição ou minorar seu sofrimento ou mal-estar” (p. 37). Isso implica dizer que a atividade médica busca dominar algo que põe em risco a vida.

Em sua posição científico-objetivista, a medicina busca identificar os modos como o adoecimento acontece no corpo, isso é, pretende determinar os sinais, sintomas e mecanismos causais. Nesse sentido, acaba por conhecer e limitar o adoecer às manifestações clínicas da doença. Esse fazer, segundo Nunes e Pelizzoli (2011), “exclui a dimensão *existencial* do paciente, reduzindo o processo de cura à cessação dos sintomas, impedindo a possibilidade de ampliar a terapêutica, construindo ressignificações da vida” (pp. 25-26). Na tentativa de evitar o

padecimento do indivíduo, incentiva-se a manutenção e conquista de um outro estado, cada vez mais desejado, o da saúde.

Ao orientar-se por tal perspectiva compreensiva, a OMS define saúde como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” (WHO, 1946). Há, nesse sentido, discursos e práticas curativas e preventivas apoiadas no ideal de um viver saudável, assegurado por evidências científicas amplamente difundidas no viver contemporâneo. A influência de tal discurso torna evidentes as interferências da medicina moderna, desde seu surgimento, na construção e controle de uma sociedade funcional e adaptável às suas exigências, conforme aponta Foucault (2004, como citado em Nunes & Pelizzoli, 2011, p. 20):

Entendemos que a medicina moderna, em seu processo de surgimento, não apenas se constituiu dentro do olhar cartesiano sobre o adoecimento mas, também, como estruturante da própria modernidade, na medida em que, através de um ideal de normalidade, produziu interferências sociais na busca de um corpo coletivo adaptável, ao fazer-se presente cada vez mais na vida cotidiana.

Desse modo, o indivíduo contemporâneo se vê tomado por orientações de como deve encaminhar sua vida de forma a garantir seu prolongamento, isto é, seu não padecimento e sobretudo, como mencionado, a conquista e manutenção de um estado de completo bem-estar que deve ser incessantemente buscado. Na época atual, a adoção de um modo de viver saudável implica em um corresponder de modo adequado e eficaz aos diversos indicadores e reguladores impostos pelo saber técnico-científico, a fim de se alcançar um estado de aparente controle, no qual o



indivíduo acredita ter o domínio sobre o seu corpo e, conseqüentemente, sobre o seu destino.

Esse modo de se relacionar consigo mesmo e com as coisas do mundo, calculado e premeditado, reflete a dominação da técnica que marca o nosso horizonte epocal, técnica essa que, segundo Mattar (2020a), “é a estrutura e o enquadre da vida moderna em toda a parte sem que nos demos conta, porque o real desvendado vela a essência da técnica que provoca seu desvelamento” (p. 201).

A reflexão heideggeriana sobre a essência da técnica nos oferece orientações para pensarmos o modo de descobrimento dos fenômenos na contemporaneidade. Duarte (2010, p. 24) alerta que nesse modo de descobrimento predominam “as exigências do controle, do cálculo, do domínio e da plena disponibilidade de tudo o que é para seu emprego contínuo nas mais diversas atividades”, inclusive o próprio ser-humano. O modo do descobrimento enquanto exploração é o que rege a técnica moderna e acaba direcionando ao homem a pretensão de controle a qualquer custo, a busca pela previsibilidade e a obtenção de efeitos.

Nesse horizonte técnico-científico, a natureza e tudo que nos vem ao encontro é visto enquanto recurso a ser explorado e objetificado. Desse modo, “encontramos o querer dispor da natureza, o tornar útil, o poder calcular antecipadamente, o predeterminar como o processo da natureza deve se desenrolar para que eu possa agir em segurança perante ele” (Heidegger, 2017, p. 46). Portanto, assegura-se que a disponibilidade e o acesso aos fenômenos se darão a partir de procedimentos previamente calculados a fim de se chegar a resultados e conclusões já previamente definidos. Para o pensar científico-natural, tudo que se mostra só é considerado se objetivado e em sua mensurabilidade. Para o filósofo, o perigo da absolutização do cientificismo natural está em desconsiderar todos os outros modos de desocultar os

entes e de determinar a verdade: “o predomínio da com-posição arrasta consigo a possibilidade ameaçadora de se poder vetar ao homem voltar-se para um desencobrimento mais originário e fazer assim a experiência de uma verdade mais inaugural” (Heidegger, 2012, p. 31).

Em tal contexto, não se deixa brechas para a reflexão e o homem corre o risco de perder-se ao se tornar escravo da técnica. Tomados por um querer provar e querer dominar as leis da natureza, assumimos um viver irrefletido ocupado por verdades apriorísticas, submetendo-nos de modo cego às determinações do impessoal. Aqui está implicada a concepção de verdade enquanto adequação a partir da tradução romana como *veritas*, “a verdade entendida como conformidade ou exatidão da representação em relação à coisa representada” (Duarte, 2010, p. 5). Nessa perspectiva, Prado (2017, p. 43) aponta que “deixamos de lado o rigor e passamos a repetir de maneira automática e impensada verdades que foram estabelecidas sobre bases que não são mais questionadas”. É nesse horizonte epocal que as ciências médicas – e a própria psicologia – se desenvolvem e avançam tomando como orientação o modo de pensar denominado por Heidegger de pensamento calculante, aquele que “busca prever e predeterminar os meios para se chegar a um lugar fim, estabelecendo relações de causa-efeitos” (Barreto & Leite, 2016, p. 22). Esse modo de pensar “torna-se adequado aos afazeres e práticas cotidianas, que pedem urgência, eficiência e rapidez na eliminação do sofrimento” (Dutra, 2018, p. 58).

O pensamento que calcula não atenta ao que há de singular em cada experiência e assume um representar que se restringe à universalidade e à causalidade. Ao abdicar da reflexão, de um pensar originariamente crítico, não permite aguardar para que o fenômeno se mostre a partir dele mesmo e acaba obscurecendo o sentido originário. O fazer médico, regido pelo pensamento

calculante, limita-se a reconhecer e identificar a doença em suas manifestações biofísicas e deixa de considerar como o adoecer repercute e se revela frente às singularidades do existir humano. Isso nos leva a pensar que “onde a ciência sabe alguma coisa, o saber leigo perde sua legitimidade prática” (Gadamer, 2011, p. 32) e, portanto, o que o paciente tem a dizer sobre a experiência de adoecimento torna-se útil apenas se contribuir com os resultados e efeitos do tratamento, tornando-o mais eficaz. Nesse horizonte, encaminhar-se recolhendo as próprias indicações que a situação hermenêutica em questão revela torna-se tarefa difícil, quase impossível, visto que hoje “o homem, obcecado pela ciência, só gostaria de deixar valer como verdade aquilo que é provado, isto é, aquilo que é derivado de pressupostos e conclusões” (Heidegger, 2017, p. 90).

A possibilidade de uma relação mais livre com a técnica, ao questionar sua essência e os perigos de sua composição, permite ao médico ver além das causas e efeitos em torno da experiência de adoecimento, “ver para além do caso, ‘caso’ que ele trata, para ter condições de avaliar o ser humano no todo de sua situação vital” (Gadamer, 2011, p. 51). Desse modo, há uma maior aproximação do paciente, tornando possível fazer uso dos instrumentos técnicos e de um olhar especializado com atenção aos seus limites, sem deixar de considerar aquilo que revela a narrativa de quem sofre e a própria situação hermenêutica. Vale, pois, lembrar que os fenômenos existenciais em sua condição mais originária ultrapassam qualquer tentativa de objetificação e, nesse sentido, convocam por um outro horizonte compreensivo.

Meditar sobre o que não pode ser quantificado exige um olhar atento ao singular de cada situação, e tal postura revela o que Heidegger acabou descrevendo como pensamento meditativo. Esse diz de uma outra via de acesso aos fenômenos,

que, diferente do pensamento calculante e técnico-científico, propõe uma abertura à essencialidade do fenômeno, sem a intenção de alcançar resultados e efeitos. Segundo Melo (2018), “A meditação, compreendida como aguardar, requer aventurar-se no aberto ao encontro daquilo pelo que se aguarda.” (p. 181). Sobre esse outro modo de pensar, Feijoo (2019, p. 77) destaca que “meditar sobre as coisas consiste em se deixar tomar pelas coisas, abdicando de querer com toda força que as coisas se deem ao seu modo”. Esse modo de pensar requer grande esforço e tempo para adentrar às questões em que se pensa: “Exige, também, que ao pensar desta forma, o homem se debruce sobre aquilo que lhe é mais próximo e, como tal, passível de esquecimento.” (Feijoo, 2010, p. 52).

Diante do que foi discutido e refletido criticamente, faz-se necessário encaminhar tal investigação de modo a se tentar ampliar os horizontes compreensivos acerca do fenômeno do adoecimento, para além dos saberes técnico-científicos atrelados ao modelo biomédico. Pois vale reconhecer que, apesar de todas as contribuições deste saber, “e apesar de tudo o que foi aplicado na técnica racionalizada do diagnóstico e do tratamento que se desenvolveu nessa área, a esfera do não racionalizado é especialmente ampla” (Gadamer, 2011, p. 30). Nesse sentido, a compreensão do fenômeno se encaminhará, principalmente, por orientações abertas pelo pensar que medita, a partir da lente da hermenêutica existencial. Passamos, no próximo tópico, a tecer tal compreensão.

## **1.2 Um Olhar Existencial sobre Saúde e Doença**

O entendimento do adoecimento a partir do pensamento técnico-científico dominante mantém velada a compreensão existencial da experiência de adoecer e

acaba se mostrando insuficiente exatamente por destituir o ser-humano desse processo e não levar em conta suas singularidades. Segundo Gomes (2019), “A certeza da evidência reitera os discursos de eficácia e eficiência e faz calar a narrativa do sofrimento.” (p. 20), limitando-se a apresentar os modos como a doença repercute no organismo humano e os agentes causadores. O objetivo, aqui, não é negar o modo de conhecer científico moderno e suas contribuições incontestáveis para a humanidade no combate às enfermidades, mas desvelar outras possibilidades compreensivas ao nos induzir a pensar o fenômeno da saúde e da doença. Esse caminho encontra inspiração nas contribuições de Martin Heidegger, que buscava combater a absolutização e a ausência de reflexão das ciências naturais.

Entre 1959 e 1969, nos conhecidos *Seminários de Zollikon*, Martin Heidegger, a convite de Medard Boss, dispôs-se a dividir alguns de seus pensamentos com jovens médicos interessados em conhecer suas ideias e alargar os próprios horizontes compreensivos. Suas discussões apontam para outra perspectiva compreensiva acerca do homem e do mundo, e, por consequência, da própria concepção de adoecimento. Para tanto, o filósofo convidou os participantes ao questionamento de suas verdades apriorísticas e, assim, evidenciou as limitações do modelo biomédico hegemônico.

O propósito das conferências estava em “torná-los atentos ao que diz respeito inevitavelmente ao homem, mas que não lhes é imediatamente acessível” (Heidegger, 2017, p. 129). Durante os seminários, chegou a pôr em questão importantes noções que envolvem a existência humana e que “permeiam toda compreensão de normalidade e doença na compreensão especializada de médicos e terapeutas” (Prado, 2017, p. 42). Importa ressaltar que a discussão que se segue

limita-se a apresentar as contribuições sobre alguns fenômenos humanos, assim como questões que contribuam com tal pensamento.

De início, faz-se necessário indicar que as discussões em torno de saúde e doença, a partir do horizonte da fenomenologia hermenêutica, pensam o ser-humano a começar de uma perspectiva que privilegia a dimensão existencial da vida. Nessa direção, utiliza-se o termo *Dasein* (ser-aí) para se referir à abertura existencial que nós mesmos somos e que, de antemão, implica no rompimento com concepções dualistas pelas quais estão pautados os modelos médicos científicos. Nesse sentido, verifica-se uma nova compreensão dos fenômenos humanos, pautados por uma visão da existência humana como abertura iluminadora de mundo, conforme apontam Mattar e Sá (2008, p. 7):

A existência humana é uma abertura transparente e estendida, tanto no sentido espacial quanto temporal, para tudo aquilo que vem ao seu encontro no mundo; a essência do existir humano é ser esta “clareira”, que consiste meramente em poder “ver”, experienciar, o que vem ao seu encontro; o existir humano é, portanto, abertura iluminadora, que pode estar aqui como ali e se encontrar numa livre relação com aquilo que se oferece a ele nesta abertura iluminadora de mundo.

Partindo de uma perspectiva em que não há mais uma cisão entre homem e mundo, sujeito e objeto, mente e corpo, não se pode falar em adoecimento mental e/ou físico. O paradigma das ciências biomédicas se mostra insuficiente à medida que isola a doença do ser-humano que se encontra afetado por tal condição. Nessa perspectiva, trata-se da existência em sua totalidade que se encontra enferma, incapaz de dispor livremente de suas possibilidades.

O fenômeno do adoecimento é compreendido enquanto privação da liberdade existencial. Tal privação existencial “manifesta-se na cotidianidade como uma limitação na amplitude das realizações ônticas do ‘cuidado’ (*Sorge*) que é o ser do *Dasein*, em seu exercício de estar-com (os outros) e das ocupações” (Nogueira, 2007, p. 442). Portanto, o ser-humano quando enfermo enfrenta modificações em seu modo de ser-no-mundo, e, estando limitado em suas possibilidades, poderá também enfrentar dificuldades para lidar com essa nova realidade. Gadamer (2011) compreende esse processo como um estado de desequilíbrio que acaba se impondo ao doente.

Ao assumir tal horizonte, Gadamer (2011, p. 50) observa que “doença, perda de equilíbrio, não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social. O doente não é mais como era antes. Ele está suspenso”. E isso nos chama atenção na medida em que a palavra suspensão nos remete à sensação de pausa, intervalo e, nesse sentido, compreender o que acontece nesse intervalo parece ser de fundamental importância, quando o que mais nos interessa é a experiência daquele que se encontra adoecido – restringido em seu poder-ser.

De volta aos Seminários, Heidegger (2017) apresenta saúde e doença como modos de ser do *Dasein*. Um outro modo de pensar tais fenômenos, que amplia o nosso olhar e nos convida a pensar a respeito do ser-humano e do que se modifica em sua vida, quando esse se encontra enfermo. A partir dessa perspectiva, a doença não é percebida em oposição a saúde, nem como processo, mas estando sempre numa relação de co-pertinência com o modo de ser-saudável. Boss (1976, p. 14), fundamentando-se em tal pensamento filosófico, afirma:

Qualquer modo de ser-doente só pode ser compreendido a partir do modo de ser-sadio e da constituição fundamental do homem normal, não perturbado, pois todo o modo de ser-doente representa um aspecto privativo de determinado modo de ser são. Ora, a essência fundamental do homem sadio caracteriza-se precisamente pelo seu poder-dispor livremente do conjunto das possibilidades de relação que lhe foi dado manter com o que se lhe apresenta na abertura livre de seu mundo. Primordialmente o modo de ser-doente é também holista. Não pode existir a não ser que haja limitação desta liberdade própria do homem.

Para abordar o estar-doente, Heidegger tornou a falar a respeito do que seria privação: “quando negamos algo de forma que não o excluímos simplesmente, mas o retemos justamente no sentido de que algo lhe falta, essa negação chama-se *privação*.” (Heidegger, 2017, p. 70), assim, o doente “está degradado de sua situação de vida. Mas ele permanece ligado ao retorno a ela” (Gadamer, 2011, p. 50), e a partir daí a doença aparece enquanto um fenômeno de privação da saúde, compreendendo, portanto, que nesse estado “o ser sadio, o estar bem, o encontrar-se bem não estão simplesmente ausentes, estão perturbados” (Heidegger, 2017, p. 70), desse modo, o médico não devolve a saúde, pois ela nunca deixou de estar presente.

O que a doença significa para o médico, uma perturbação a ser cessada, pode ter, além desse, outros significados para o doente. Pois a doença é percebida também a partir daquilo que anuncia, podendo ser tanto o impedimento de possibilidades antes dadas como certas como também a enunciação da possibilidade de morte. Para Valverde (2011), “Anunciar a possibilidade de algo é anunciar sua possibilidade de vir a ser, mas também sua incerteza de talvez não vir a ser. Essa possibilidade anunciada



para o homem que está doente é ameaça. A incerteza de seu acontecer é esperança.” (p. 84). Trata-se de um acontecimento que rompe com a suposta segurança que permitia ao *Dasein* sonhar a partir de perspectivas futuras, esquivar-se de pensar em sua própria morte e no findar de suas possibilidades.

Vista a partir de tal horizonte, a experiência de adoecimento põe em evidência a imprevisibilidade da existência humana, o risco que sempre esteve aí, mas estava encoberto. Desse modo, “a experiência da fragilidade, perecibilidade e limitação do mundo deixa clara a nulidade potencial da existência” (Langle & Burgi, 2021, p. 88). Dessa forma, a doença aparece como um desarranjo de fios que sustentam o existir humano, “põe em xeque planos e expectativas em relação à vida, provocando o sujeito a rearrumar a casa, dar outro significado à sua vida” (Nunes & Pelizzoli, 2011, p. 49) a partir da interrupção do fluir cotidiano.

Restrito em sua capacidade de levar adiante outras possibilidades, o enfermo encaminha-se em uma experiência mobilizadora de sofrimento. Nesse sentido, de acordo com Andrade e Morato (2004, p. 350), “sofrimento refere-se à situação de ser afetado pela ambigüidade própria da condição humana. Diz da dor frente ao desamparo do homem na sua tarefa de existir, suportando a inospitalidade dos acontecimentos para conduzir-se adiante”. Portanto, à medida que se percebe enfermo, o *Dasein* se percebe lançado na indeterminação que configura o próprio existir. Tal condição pode se revelar propiciadora de sofrimento, de dor e angústia, abrindo-o à sua própria condição de ser-finito.

Borges-Duarte (2019) tece algumas considerações acerca da experiência da dor de um ponto de vista fenomenológico, que se aproxima bastante de outras experiências restritivas que estão correlacionadas, incluindo o adoecimento. Sobretudo considerando alguns aspectos, como a forma como tal experiência irrompe

na existência: de forma avassaladora, retendo o tempo e nos pegando de surpresa. Descreve a experiência da dor “como um corte na continuidade do viver, como um golpe e uma fenda que se abre na muralha das nossas rotinas quotidianas, como algo estranho, inassumível” (p. 117).

Seguindo tais considerações, podemos encontrar sentido semelhante ao pensar a experiência de adoecimento. Pois, assim como a experiência da dor, trata-se de um acontecimento que revela a condição de transitoriedade própria da existência. Assim, acontecimento é compreendido, a partir das contribuições de Figueiredo (1994), enquanto marco que é destecimento e abertura ao retecimento.

É, de início, uma ruptura na trama das representações e das rotinas; em outras palavras, de início o acontecimento é uma quebra dos dispositivos de construção e manutenção do “tecido de realidade”, mas um acontecimento é também a transição para um novo sistema representacional. (p. 152)

É a partir desse entendimento que o desalojamento provocado pela doença se mostra enquanto um acontecimento que permite ao *Dasein* atentar para o modo como vem cuidando de sua existência, podendo assumir outras possibilidades a partir do que se rompe. Isso é, abrindo-o para a apropriação de novos sentidos que lhe permitam continuar, apesar do risco de a qualquer instante poder deixar de ser, não-ser.

Mostra-se, portanto, que o adoecimento, assim como outros acontecimentos existenciais que nos tiram de um território de familiaridade e segurança, lança-nos diante da possibilidade do desvelamento de um modo de ser mais autêntico. Heidegger (como citado em Rodrigues, 2020) nomeia autenticidade como “a apropriação de nossas possibilidades singulares, que ocorre quando nos damos conta da nossa facticidade e, ao mesmo tempo, da nossa condição de abertura” (p.

60). Nesse sentido, a crise revela-se como possibilidade do despertar da angústia que originariamente já somos.

Faz-se necessário apontar a angústia como a disposição afetiva fundamental que convoca um viver mais autêntico/próprio e que pode irromper frente ao adoecimento. Na concepção heideggeriana, ao se confrontar com a angústia “se experimenta a si mesmo como tendo sido arrancado de todas as referências de sentido, como tendo sido exposto ao ‘desterro’” (Holzhey-Kunz, 2018, p. 114). É a partir de tal estranheza que se revela a tarefa original e intransferível de ter que ser-si-mesmo, na medida em que existir no mundo como ser-humano implica não ter essência alguma previamente determinada, mas ser poder-ser, pura possibilidade e indeterminação. Nessa experiência de estranheza, “o que se faz evidente é o nada, o próprio aberto, que não é um nada enquanto negatividade, mas é a evidência da própria condição de vir a ser” (Rodrigues, 2020, p. 118). Assim como a sua possibilidade mais autêntica e intransferível de poder deixar de ser a qualquer instante.

Na medida em que a enfermidade revela ao ser-humano suas limitações, denuncia a possibilidade da privação fundamental de não mais ser. Como reflete Borges-Duarte (2019, p. 128): “a proximidade do limite, o tenaz desafio vivido pela existência em risco, adivinhado e vivido na própria carne e no desolamento da alma, denuncia a finitude do ser que somos e o seu estar exposto a não ser”. Na experiência de enfermidade, o ser-humano pode dar-se conta da sua temporalidade, assim, diante de algo que singulariza sua história, pode apropriar-se da verdade existencial. Como ressalta Evangelista (2016, p. 106), “apropriar-se de si é des-coberta, des-velamento, no sentido de remoção daquilo que oculta”.

Deve-se considerar que para Heidegger o *Dasein* se constitui como ser-para-a-morte, sendo tal experiência existencial “a mais própria, irremissível e insuperável” (Heidegger, 2018, p. 326). Nesse sentido, a morte é intransferível e considerada como a impossibilidade de todas as possibilidades. Estando na cotidianidade encoberta pelo impessoal e percebida como algo real e que atinge a todos, mas que ainda não ameaça. Assim, “o ser-para-a-morte cotidiano é uma insistente fuga dele mesmo. O ser-para-o-fim possui o modo de um escape dele mesmo, que desvirtua, vela e compreende impropriamente” (Heidegger, 2018, p. 330). Poder assumir-se em sua condição de ser-para-a-morte, a partir da consciência da própria finitude, é um caminho aberto pela angústia.

Assumir-se como “ser-para-morte” implica a aceitação de que nenhuma possibilidade fática apresentada pela vida é definitiva. Em tal condição, o ser-aí pode buscar refúgio na superficialidade do cotidiano para escapar da angústia diante da finitude que o paralisa, ou pode, por meio da própria angústia, apreender o sentido de sua singularidade. (Barreto & Leite, 2016, p. 18)

Nesse sentido, abre-se ao *Dasein* a possibilidade de responsabilizar-se pela sua existência em risco, isto é, de assumir o ter-que-ser e o ser-para-o-fim de modo a se haver com o que já não é mais e com o que ainda não é, podendo assumir uma atitude antecipadora em relação à morte que lhe permite ir além dos caminhos oferecidos pelas interpretações coletivas (sócio-históricas) acerca da realidade, na medida em que “antecipar a morte não implica renunciar às possibilidades concretas, desveladas pela vida, mas a suspensão das adesões irrefletidas aos interesses intramundanos em que se está de início e na maioria das vezes disperso” (Barreto & Leite, 2016, p. 19).

## **2 No Seguimento de um Caminho: As Contribuições dos Pensamentos Filosóficos de Heidegger e Gadamer na Interpretação dos Fenômenos Des- Velados**

*“Caminho se conhece andando, então vez em quando é bom se perder.  
Perdido fica perguntando, vai só procurando e acha sem saber.” (Deus me Proteja –  
Chico César)*

A pandemia da covid-19 levou ao aumento expressivo das taxas de ocupação diária dos leitos das unidades de terapia intensiva (UTIs). Sabe-se que ao ser internado, o paciente lida com uma realidade hospitalar específica, atravessada pelo rigor dos protocolos e a soberania do fazer médico. É lançado numa situação que rompe com a familiaridade cotidiana e põe em evidência a existência em risco. Em tal contexto, perde-se a privacidade, tem-se restringida a liberdade e vive-se situações de extremo desconforto. Em contrapartida, é inegável a importância dessas unidades para a recuperação dos casos graves de covid-19 e a falta de leitos de cuidados intensivos é preocupante e pode ser fatal para as vítimas da atual crise sanitária.

Dados e informações presentes nos prontuários revelam como tem se dado a evolução clínica de cada paciente e o plano terapêutico adotado em cada caso. É possível, ainda, conhecer o histórico clínico e ter acesso a uma variedade de informações médicas sobre os que foram admitidos no setor, identificados pelo número do leito ocupado. No entanto, no que se refere à experiência de internamento desses pacientes, tais informações parecem insuficientes e deter-se nelas pode acabar encobrindo o vivido. Ao não considerar as singularidades constitutivas das existências em questão, detendo-se no diagnóstico e seus efeitos, apresentam uma

interpretação inconsistente sobre a experiência de adoecimento e internamento por covid-19, ressaltando um desconhecimento e distanciamento do paciente. O que está presente nos registros hospitalares baseia-se na linguagem técnica dos diagnósticos e prognósticos, os quais “não nos apreendem em nossa situação atual, só veem, quando muito, o atual: o atual sem nós, o eterno ‘de-ontem’” (Mattar, 2020b, p. 66).

O que se descobre em tais documentos, assim como em relatórios e levantamentos técnicos, acaba por deixar escapar a natureza da experiência e se ater apenas ao que pode ser mensurado. O que se tem é correto, mas não alcança a compreensão da experiência, restringindo-se a mera descrição. Heidegger (2018, p. 13) alerta que “para chegarmos à essência ou ao menos à sua vizinhança, temos que procurar o verdadeiro através e por dentro do correto”. Para chegarmos a conhecer a verdade, aqui entendida enquanto desvelamento do fenômeno, devemos nos encaminhar a partir do próprio acontecer da experiência, porque, como explica Heidegger (1995), “o exato não é ainda o verdadeiro, quer dizer, o que nos mostra e preserva numa coisa o que ela tem de mais próprio” (p. 21). Desse modo, há de se deixar-viger aquilo que se interroga, deixando que os próprios pacientes digam do que foi vivido.

O próprio classificar e medir aquilo que acontece ao paciente numa UTI já encobriria o fenômeno e o restringe de antemão. Segundo Heidegger (2017), todo querer provar vai de encontro ao desvelamento dos fenômenos humanos, pois estes são compreendidos a partir deles mesmos, de seu mostrar-se via linguagem. Por isso, optou-se por des-cobrir a experiência a partir das narrativas daqueles que estiveram hospitalizados por meio de uma conversação, um encontro entre horizontes compreensivos que adicionou novas interrogações e ampliou o que se compreendia

previamente. Revelou-se como um caminho originário, capaz de despertar para os sentidos atrelados à experiência e oportunizar a reflexão.

O caminho percorrido na interpretação dos fenômenos des-velados assume como fio condutor alguns dos pressupostos da Analítica Existencial de Heidegger e da Hermenêutica Filosófica de Gadamer. Faz-se necessário aqui ressaltar algumas dessas indicações filosóficas, na tentativa de se compreender de que forma a existência se mostra nessa perspectiva. Diferentemente de um caminho sistemático, como aquele assumido pelo modo de pensar científico habitual, trata-se de um “envolver-se de modo especial na relação com o aquilo que nos vem ao encontro” (Heidegger, 2017, p. 127), uma possibilidade de pro-duzir no sentido da *techne* grega, de conhecer a partir do que se manifesta. E, nessa medida, atentar ao singular de cada situação.

Importa destacar que tal perspectiva se encaminha a partir da compreensão heideggeriana acerca da constituição fundamental do existir humano enquanto *Dasein*, que na tradução alemã significa *ser-o-aí*, termo utilizado para designar o ente que nós mesmos somos. Um ente que não possui nenhuma determinação primária, marcado pelo caráter de poder-ser e que existe sempre e apenas como ser-no-mundo. Indeterminação que aponta a existência humana sempre em jogo, “ontologicamente desprovida de fundamentos últimos, é sem porquê, tornando vão qualquer empreendimento teórico visando a fundamentar moral e cognitivamente seus projetos mundanos” (Duarte, 2010, p. 340).

Ser e mundo existem numa relação de interferência e dependência mútua, sendo necessário compreender toda e qualquer experiência humana nessa correlação homem e mundo. Barreto e Leite (2016) apontam que “Mundo corresponde a uma característica originária do próprio ser-aí, e apresenta-se como projeto

compreensivo originário, que abre a possibilidade para a constituição de si mesmo” p. 17). Essa abertura na qual os sentidos se apresentam é sempre compartilhada com os outros. Isto é, existir é coexistir no mundo: tal constatação revela a dimensão originária de ser-com os outros. Nessa direção, Duarte (2010, p. 355) esclarece:

O que importa salientar é que ser-com (*Mitsein*) os outros não significa a somatória ou a mera justaposição de um existente ao lado de outro e assim sucessivamente, do mesmo modo como ser-no-mundo não significa que algo presente adiante da mão (*vorhandene*) esteja inserido em um continente dado. Antes, ser-no-mundo é ser-com os outros com os quais se coexiste em um mundo comum, cuja totalidade originária dos nexos de referência significativa (*verweisungszusammenhang*) já está sempre e de antemão aberta, isto é, compreendida na linguagem e mesmo pré-linguisticamente.

O termo cuidado<sup>3</sup> (*Sorge*) é utilizado por Heidegger para explicitar o fato de nos encontrarmos sempre referenciados pelos outros, assim como nos mantermos em contato com os demais entes intramundanos. “É preciso, assim, precaução, pois a palavra cuidado (*Sorge*) não expressa um modo específico de estar com os outros, significa, antes, nossa referência originária aos outros entes.” (Rodrigues, 2020, p. 56). Desde o início, ontologicamente, já somos cuidado – ser-no-mundo-com-os-outros –, podendo nos relacionar deste ou daquele modo com o mundo circundante.

No mundo compartilhado, há dois modos fundamentais de ser junto aos demais entes: “diz respeito aos modos caracterizados de ocupação com o ‘mundo’, de preocupação com os outros e, nisso tudo, à possibilidade de ser para si mesmo, em virtude de si mesmo” (Heidegger, 2018, p. 203). Assim, o ser-humano se ocupa

---

<sup>3</sup> Segundo Heidegger (2018), a existência humana configura-se como cuidado (*Sorge*). Desse modo, o cuidado se apresenta como ocupação (*Bersorgen*) e preocupação (*Fürsorgen*). O filósofo refere-se ao ser relacional da existência humana, ou seja, o ser-humano se dá como ser-no-mundo.



dos entes cujo modo de ser é simplesmente dado (as coisas), e se preocupa com aqueles dotados de abertura de sentido, ou seja, com esses que nós mesmos somos. O filósofo aborda dois modos de preocupação, pensados enquanto *preocupação substitutiva* e *preocupação libertadora*. Enquanto a substitutiva desonera o outro de seu cuidado, a libertadora convoca o outro a assumir sua própria tutela, tarefa originária.

Embora haja tal diferenciação, tendemos a compreender, na medianidade cotidiana, os outros entes (as coisas e nós mesmos) assumindo determinações, negando a condição de abertura e tendendo ao fechamento. Trata-se do território da impessoalidade, que confere uma aparente segurança e no qual se dá a experiência cotidiana (Rodrigues, 2020). Nesse sentido, a tendência ao fechamento é interpretada por Heidegger como um estar decaído no mundo. Segundo Holzhey-Kunz (2018), na decadência, o ser-humano busca um território familiar que assegure a ilusão de “estar-em-casa” e o tranquilize, ocultando a indeterminação existencial e protegendo-o da angústia – experiência capaz de descortinar a existência em sua indeterminação e finitude. “Isto, porém, é uma fuga de si mesmo, que nunca pode efetivamente ter sucesso.” (Holzhey-Kunz, 2018, p. 54).

O ser-aí é marcado pelo mundo, historicamente implicado com outros e capaz de saber sobre si mesmo. Segundo Heidegger (2018), faz parte do modo de ser daquele ente que existe manter-se desde sempre numa certa interpretação de si mesmo, guiando-se a partir do que emana do mundo. Essa compreensão de si e do mundo está sempre afinada pelo modo como tal ente encontra-se aberto, a partir desse compreender-se, projeta-se enquanto projeto irrealizável, desvelando modos de ser-com no mundo. Para o filósofo, o conhecimento se dá por duas vias co-originárias: a compreensão e a disposição. Nesse sentido,

O fundamento do nosso existir é essa abertura onde tudo que foi, tudo que está sendo e tudo que está por vir aparece compreendido numa certa disposição afetiva, a partir do horizonte do aí possível, indeterminável e em constante movimento. (Freitas, 2017, p. 11)

Assim, toda situação ou acontecimento existencial é vivido e interpretado a partir do modo como o ser-aí se dispõe afetivamente, sendo essa a abertura originária de mundo. “A disposição diz respeito à dimensão afetiva originariamente constitutiva da existência como projeto e, portanto, da afinação ou tonalidade afetiva dos modos como ela se relaciona com o mundo, com o outro e consigo mesma.” (Sá & Vieira, 2019, p. 88). Sobre as tonalidades afetivas que transpassam e determinam o ser-aí, Mattar (2020b, p. 86) aponta:

Tonalidades afetivas não são estados anímicos nem algo psíquico, elas não são nenhum ente, o que não significa que sejam o mais inconstante e fugidio. A tonalidade afetiva é o modo fundamental do ser-aí que o dota de consistência e possibilidade e seu despertar é a apresentação do ser-aí enquanto tal.

Seguindo nesse caminho, importa reconhecer a compreensão enquanto dimensão fundamental de nossa experiência de vida que “estabelece a base da convivência com outros e se realiza especialmente pela via da linguagem e do diálogo” (Barreto et al., 2019, p. 51). Distancia-se de um ato subjetivo ou intelectual e se desoculta como modo-de-ser do *Dasein*, na medida em que é dotado de possibilidade. Segundo Gadamer, a partir de Heidegger, a compreensão é pensada como um compreender-se, tendo em vista que “aquele que compreende projeta-se rumo a possibilidades de si mesmo” (2018, p. 349), na medida em que compreender um discurso/uma produção textual implica rever as opiniões prévias conforme o processo dialógico avança/aprofunda.

Tão logo apareça um primeiro sentido no texto, o intérprete prelineia um sentido do todo. Naturalmente que o sentido somente se manifesta porque quem lê o texto lê a partir de determinadas expectativas e na perspectiva de um sentido determinado. A compreensão do que está posto no texto consiste precisamente na elaboração desse projeto prévio, que, obviamente, tem que ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido. (Gadamer, 2018, p. 356)

Gadamer (2018) vai se referir à compreensão como um processo dialógico entre dois ou mais horizontes compreensivos, em que o horizonte histórico, os preconceitos herdados da tradição participam ativamente desse processo. Assim, “não é possível suspender o vínculo temporal de uma interpretação” (Holzhey-Kunz, 2018), tampouco, enquanto ser-no-mundo, assumir uma neutralidade nesse processo. No entanto, impõe-se atentar ao legado da tradição, a fim de se pôr em questão as verdades e opiniões prévias que nos constituem para que não impeçam uma abertura em relação à opinião do outro. Desse modo, “só no diálogo com a tradição esclarecem-se as questões, freia-se o arbítrio” (Heidegger, 2017, p. 60).

Segundo o pensamento hermenêutico filosófico de Gadamer, o perigo reside nos preconceitos arbitrários, aqueles que acabam impedindo que o outro se mostre enquanto outro. É preciso considerar que a tradição, “ao mesmo tempo que lega questões, delimita respostas possíveis ou mesmo aprisiona nas já dadas” (Evangelista, 2016, p. 39), o que requer do intérprete um esforço constante de permanecer atento à experiência em si mesma, tarefa contínua que só é possível na própria compreensão. Nesse sentido, alerta o filósofo: “são os preconceitos não percebidos os que, com seu domínio, nos tornam surdos para a coisa de que nos fala a tradição” (Gadamer, 2018, p. 359).

No jogo compreensivo, a tomada de consciência de nossos preconceitos se dará a partir de algo que nos interpela. No encontro com outro horizonte, os nossos preconceitos podem revelar-se e ser levados em consideração e questionados em sua legitimidade. Com isso, reconhece-se que a compreensão do outro pode ser mais “adequada”. No entanto, Gadamer chama atenção para a ingenuidade de se supor que tal acontecimento se dará enquanto mera sobreposição de horizontes, o que implicaria em um objetivismo histórico. Antes, um preconceito “só entra em jogo à medida que já está metido nele. É só na medida em que ele próprio entra em jogo que pode apreender a pretensão de verdade do outro, possibilitando que também ele entre em jogo” (Gadamer, 2018, p. 396).

Estando o ser-humano sempre em jogo nas relações com os outros, sempre haverá a possibilidade de apropriação de novos sentidos. Nessa perspectiva, a compreensão se dará na fusão desses horizontes. Entretanto, partindo de interpretações prévias, o conhecido deve ser a cada vez questionado, porquanto “o sentido é sempre perspectivista, e os preconceitos, mais que julgamentos, constituem a realidade histórica do ser do homem” (Barreto et al., 2019, p. 61). Esse jogo compreensivo implica, portanto, em um alargamento dos horizontes em questão, transformando, em certa medida, aqueles que se encontram em jogo.

Na conversação, chega-se a um acordo, isto é, um todo mais amplo no qual todos os envolvidos participam do des-velamento desse novo horizonte. Nesse sentido, “ganhar um horizonte quer dizer sempre aprender a ver para além do que está próximo e muito próximo, não para abstrair dele, mas precisamente para vê-lo melhor, em um todo mais amplo e com critérios mais justos” (Gadamer, 2018, p. 403). Todavia, importa lembrar que o significado ao qual se chega nunca é definitivo, mas deve ser considerado vendo os horizontes que estão em jogo e suas historicidades.

Na presente pesquisa, a fim de contemplar as bases norteadoras até aqui apresentadas, lança-se num jogo compreensivo, no qual a pesquisadora põe-se em diálogo junto àquilo que visa compreender, abrindo-se para a possibilidade de que um novo horizonte se ponha. A pesquisadora desloca-se, reconhecendo a alteridade presente e colocando seu próprio horizonte em determinada relação com o que se interroga. Considerando-se, ainda, a doença como um modo de existir do *Dasein*, a experiência de internamento por covid-19 traz em si possibilidades diversas de mostraçãõ. Em se tratando do existir humano, deve ser considerada a partir do que se mostra em cada situação. A compreensão dessa experiência amplia-se à medida que um novo horizonte se des-vela e deve permanecer sendo interrogada, tendo em vista a sua relevância e impossibilidade de completude.

Na medida em que o caminhar desta pesquisa se orienta pelos pressupostos filosóficos apresentados, buscou-se compreender as ressonâncias existenciais do internamento em UTI Covid a partir do encontro e diálogo com outros horizontes compreensivos. Neste estudo, percorremos um caminho junto aos interlocutores, a partir do que se re-velou em seus discursos, num constante diálogo com a tradição e com a hermenêutica existencial, ao modo de Heidegger e Gadamer. Na medida em que se projetava rumo às possibilidades, a pesquisadora também entrou em contato com suas vivências junto ao tema, trazendo testemunhos que foram recolhidos de seu “diário de campo”, utilizado na investigação que se segue.

Partindo dessas considerações iniciais, sendo esta uma pesquisa que privilegia as dimensões existenciais da condição humana, o des-velamento do fenômeno interrogado se dará no próprio acontecer da investigação, sem qualquer pretensão de conclusão ou esgotamento. Implica sustentar o caráter de abertura da

existência e do deixar vir daquilo que se apresenta, não no sentido de obter respostas, mas possibilidades compreensivas a respeito da temática interrogada.

Na direção de continuar descrevendo esse percurso, de antemão se faz necessário apontar os impactos do contexto pandêmico atual também na produção científica em todo o mundo, considerando-se a suspensão de diversas atividades presenciais, que impactou consideravelmente instituições de ensino da rede pública e privada e impôs modificações diversas para situações de produção de conhecimento. Em meio à adoção de medidas sanitárias de distanciamento e isolamento social, diversas atividades passaram a acontecer de forma remota, mediante a utilização de tecnologias abrigadas em plataformas digitais, no intuito de garantir o direito à educação e a continuidade das práticas de ensino e pesquisa.

Foi nesse contexto de imprevisibilidades e distanciamentos que se impuseram as primeiras adaptações à pesquisa. No que se refere ao modo de aproximação dos horizontes, visando evitar contaminações e assegurar a proteção dos envolvidos, coube à pesquisadora optar pelos encontros remotos com as devidas mediações tecnológicas. No caso da primeira entrevista, o momento sanitário estava mais tranquilo e o participante sentiu-se à vontade para concedê-la presencialmente – sendo, portanto, três das quatro entrevistas *online*. Nesse ponto, ao se adotar o ambiente virtual para a realização das entrevistas, alguns aspectos demandaram atenção, como o domínio da tecnologia escolhida, a qualidade da internet utilizada, as limitações das plataformas digitais, a acessibilidade e a própria aceitação dessa ferramenta de comunicação por parte dos entrevistados.

Apesar dos pontos levantados, as entrevistas realizadas por meio remoto tiveram uma boa receptividade e aderência por parte dos entrevistados, que já estavam familiarizados com o ambiente virtual. Portanto, a modalidade de entrevista

*online* síncrona acabou se mostrando uma boa alternativa conforme a experiência se dava. Flick (2009) elucida que a entrevista *online* pode ser uma solução viável se os participantes puderem ser acessados por e-mail ou internet, além de ser uma modalidade vantajosa por dispensar um deslocamento geográfico. Segundo o autor, no caso de a comunicação ocorrer de forma síncrona, acontecerá por meio da troca de perguntas e respostas, em uma sala de bate-papo, com ambos os participantes *online* – aqui também são considerados os recursos de chamada de vídeo e compartilhamento de imagens.

Para a realização das três entrevistas que ocorreram na modalidade *online* síncrona, foi utilizado o Skype, um aplicativo gratuito, disponível em várias plataformas, que oferece diversos recursos como chamadas de vídeo em alta qualidade, compartilhamento de áudios, arquivos e mensagens instantâneas. A escolha pela ferramenta se deu pela possibilidade de realização de videochamadas, com a devida segurança e privacidade, além de gravação mediante autorização prévia dos participantes para posterior transcrição e análise.

Entre os participantes, dois foram indicados por profissionais de saúde, atuantes no contexto hospitalar e que estiveram, ou não, em contato com aqueles durante o internamento. Há, ainda, dois participantes indicados por seus familiares, que tiveram conhecimento da pesquisa. A partir das indicações, a pesquisadora entrou em contato por meio telefônico para saber se haveria interesse, disponibilidade e viabilidade para a realização das entrevistas, prestou todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo, e solicitou a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista os compromissos éticos envolvidos.

Logo, o mostrar-se do fenômeno interrogado dá-se por intermédio das narrativas dos participantes. O narrar re-vela como cada um se dispôs em sua

experiência e deixa ver os sentidos assumidos pelos mesmos, de modo a evidenciar as singularidades. Como horizonte compreensivo, recorreremos à compreensão de narrativa como desvelada por Benjamin (1994), que se dedica a descrever a narrativa enquanto forma artesanal de comunicação, isenta de qualquer fixidez e capaz de revelar a experiência do narrador, assim como as marcas de sua tradição. Benjamin afirma também que a narrativa anuncia o início de uma situação dialogal, aproximando narrador e ouvinte.

O autor diferencia a “arte de narrar” da mera transmissão de informações, haja vista que esta pretende explicar os fatos, exigindo uma verificação imediata do que se comunica, enquanto aquela permite que a interpretação se dê em liberdade, a critério do próprio narrador e podendo ser modificada a qualquer momento (Dutra, 2002). Assim, a cada vez que se narra, a experiência assume uma nova perspectiva a partir de quem a transmite e de quem a recolhe, admitindo que múltiplas interpretações possam ser dadas àquilo que foi dito.

Pensando em um caminho onde se dê a narração de experiências, privilegiando o testemunho do vivido, recorreremos à entrevista narrativa como um dos recursos metódicos. Trata-se de entrevista aberta e que não visa à categorização do fenômeno. Nela os relatos se dão livremente, a partir de um convite para estimular o início da fala. De modo específico, Flick (2009) denomina “questão gerativa” essa interrogação inicial, que abre a narrativa e deve ser elaborada com clareza, de modo a guiar o tópico da história de vida que deverá ser abordado. No decorrer do discurso, outras perguntas poderão emergir a partir do que irá se revelar na própria narrativa.

Como pergunta guia, a presente pesquisa assumiu a seguinte questão: “Como foi para você a sua experiência de ficar internado em uma Unidade de Terapia



Intensiva pela covid-19?”, e, a partir dessa, outras questões foram colocadas, de modo a acompanhar o aparecer do fenômeno, que se mostra a partir de si mesmo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, após aprovação do projeto no Comitê de Ética. As quatro entrevistas ocorreram em Recife (PE), sendo três delas *online* com o suporte de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). A primeira entrevista foi realizada em local privativo, em consultório da pesquisadora, mediante concordância do entrevistado. Os participantes foram selecionados intencionalmente segundo critério de julgamento da pesquisadora, tendo como base a relevância das informações e critérios de inclusão previamente definidos, tais quais: ter sido admitido na UTI em decorrência da covid-19; no momento da entrevista, a situação de internamento ter ocorrido há no mínimo dois meses; o tempo de permanência no setor ter sido igual ou superior a sete dias; estar na faixa etária entre 18 e 60 anos; e ter permanecido consciente durante parte do período de internamento.

Para a pesquisadora, também foi fundamental ouvir as suas próprias inquietações, afetações e opiniões prévias durante a investigação frente ao que se desocultava. Heidegger (2003, p. 137), no texto *A essência da linguagem*, diz ser “necessário que aquilo que pretendemos alcançar também nos alcance, nos comova, nos venha ao encontro e nos transforme enquanto nos mostra o seu sentido”. A partir desse entendimento, valemo-nos de outro recurso metodológico: o diário de campo. Recorrendo às ideias de Minayo (2013), o diário de campo deve conter todas as observações para além das entrevistas, ou seja, os registros de comportamentos e acontecimentos que se deram ao longo da pesquisa.

No diário de campo também estão comentários, observações e reflexões que foram se mostrando ao longo do caminho. Segundo Falkembach (1987, p. 20), “o diário de campo facilita criar o hábito de observar, descrever e refletir com atenção os

acontecimentos do dia de trabalho”. Ao empregar o diário de campo como recurso, a pesquisadora é testemunha e também participante direta da elaboração da pesquisa.

A seguir, os participantes deste estudo serão apresentados de modo a preservar suas identidades (Tabela 1). Para isso, foram-lhes atribuídos nomes fictícios, escolhidos na intenção de homenagear pesquisadores brasileiros que fizeram a diferença no combate à pandemia. Portanto, os participantes serão identificados pelo primeiro nome de alguns desses profissionais. São eles: Esther<sup>4</sup>, Jaqueline, Nísia e Edison. Todos os participantes procuraram o serviço de emergência de hospitais particulares, localizados na cidade do Recife, após o início ou o agravamento dos sintomas. Dos participantes, apenas Nísia possui comorbidade e integra o chamado grupo de risco para agravamento da covid-19, sendo portadora de doença hematológica, anemia falciforme<sup>5</sup> (HbSS). Também já esteve internada numa UTI antes do ocorrido, por outras circunstâncias, ao contrário das outras três pessoas que estiveram vivendo o contexto em questão pela primeira vez. Todos os participantes permaneceram conscientes e orientados durante a hospitalização, isto é, não chegaram a precisar de intubação<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Esther (uma referência a Maria Esther Sabino, médica imunologista que liderou a equipe que sequenciou o genoma SARS-CoV2); Jaqueline (uma referência a Jaqueline Goes de Jesus, biomédica integrante do grupo de pesquisa da Dra. Esther Sabino, também responsável pelo sequenciamento de genomas do vírus); Nísia (uma referência a Nísia Trindade, primeira presidente mulher da Fiocruz em 120 anos da fundação, sendo responsável por liderar as ações do órgão na pandemia); e Edison (uma referência a Edison Durigon, médico virologista, coordenador do projeto responsável por isolar a cepa da variante ômicron do SARS-CoV2, a fim de ajudar a detectar sua disseminação e avaliar a eficácia das vacinas).

<sup>5</sup> Doença hereditária monogênica bastante frequente no Brasil. A causa da doença é uma mutação da molécula da hemoglobina, podendo ocasionar “encurtamento da vida média dos glóbulos vermelhos, fenômenos de vasoclusão e episódios de dor e lesão de órgãos” (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2001, p. 10).

<sup>6</sup> Para o *Parecer CRM-PE nº 2538, de 3 de outubro de 2016*, trata-se de um procedimento invasivo, definido como Intubação Orotraqueal e designando “a passagem de um tubo pela cavidade oral ou nasal, com objetivo de manutenção da via aérea, seja em casos de obstrução das vias aéreas, seja em casos de manutenção das vias aéreas nos procedimentos anestésicos” (p. 1).

**Tabela 1***Informações dos Colaboradores*

Nome	Idade	Estado civil	Profissão	Comorbidades	Período de internamento	Duração do internamento
Esther	23 anos	Solteira	Estudante de publicidade	Sem comorbidades	Março de 2021	10 dias internada, sete deles na UTI
Jaqueline	36 anos	Casada	Não exerce atividade remunerada	Sem comorbidades	janeiro de 2021	11 dias internada, sete deles na UTI
Nísia	41 anos	Solteira	Empresária	Doença falciforme	julho de 2021	20 dias internada, dez deles na UTI
Edison	35 anos	Casado	Militar	Sem comorbidades	março de 2021	17 dias internado, oito deles na UTI

### 3 As Re-Descobertas: Diálogos Tecidos a Partir do Encontro com as Narrativas

Na tentativa de apresentar o que foi se deixando aparecer no caminho percorrido, de modo a considerar o implicar-se e envolver-se do intérprete, a escrita a seguir se dará na primeira pessoa do singular. Portanto, reúno no presente texto questões que se impuseram por meio da escuta atenta às narrativas dos interlocutores. Inquietações antigas que são re-descobertas no jogo hermenêutico. Nesse sentido, o texto em questão volta-se para descobertas mais originárias, que não são oriundas de uma busca incisiva que impõe e pretende antecipar o descobrimento, ao contrário, pressupõem uma *espera* que nessa perspectiva quer dizer: “manter-se alerta e, na verdade, no interior do já pensado em direção ao impensado, que ainda se guarda e se encobre no já pensado” (Heidegger, 2012, p. 120). A esse respeito, o filósofo aponta o pensamento grego que já dizia que o mais originário só se revela posteriormente, exigindo um esforço do pensamento, “uma prontidão serena de espantar-se com o porvir do princípio” (p. 25).

A espera do mostrar-se do fenômeno, daquilo que se faz interrogar a partir da experiência, também requer o reconhecimento de que as questões que serão apresentadas estão longe de revelar-me uma totalidade inquestionável. Pois, como já se sabe, “todo desencobrimento pertence a um abrigar e esconder. Ora, o que liberta é o mistério, um encoberto que sempre se encobre, mesmo quando se desencobre” (Heidegger, 2012, p. 28). No entanto, em que sentido aquilo a que chego é compreendido como re-descoberta?

Embora reconheça o inédito de cada situação e pense sobre o que de novo cada história tem a acrescentar sobre a temática, também estou constantemente

debruçada sobre a bagagem repleta de compreensões prévias acerca do assunto, porquanto, como já mencionei na abertura deste estudo, permaneço atuando no contexto hospitalar e em contato com pacientes internados por covid-19 na UTI, assim como seus familiares e equipe de saúde. Desse modo, durante todo o percurso, sou constantemente atravessada pelas minhas recordações e expectativas prévias (enredada na tradição) e apenas na interpelação, no entrelaçamento com os horizontes dos entrevistados é que um novo horizonte é possível. Re-descubro o que interrogo e o que está ao meu alcance a cada encontro vivido nesta investigação.

Neste capítulo, compartilho o caminho com Esther, Jaqueline, Nísia e Edison, aproximando-me de suas histórias de adoecimento e internamento. Numa disponibilidade de escuta, inicialmente silenciosa e disposta a acompanhar suas narrativas na aproximação com o fenômeno interrogado, sou re-apresentada ao contexto da UTI Covid por meio de suas compreensões, que deixam ver o singular de cada experiência e os sentidos desvelados pelas mesmas. Assim, juntos, fazemos uma “visita” ao lugar já conhecido entre nós à procura da verdade enquanto *alétheia*<sup>7</sup>. Deixo que os mesmos guiem esse percurso à luz das suas experiências e me permito acompanhar atentamente cada passo dado.

*No decorrer das entrevistas, tenho a sensação de ser transportada, através de minhas recordações, para os dias intensos de minha atuação nas UTIs Covid. Sou surpreendida com a nitidez dos detalhes que acompanham as minhas lembranças: os primeiros pacientes, as primeiras perdas, os sentimentos mobilizados e a ausência de respostas. No princípio, sufocada com tantas interrogações, lembro-me de pensar junto à equipe: resta-nos continuar*

---

<sup>7</sup> Remete à *verdade* em seu sentido originário, compreendida como des-velamento. Desse modo, diferencia-se da compreensão de verdade como adequação.

*perguntando.* (Diário de campo da pesquisadora)

Reconhecer o internamento numa UTI Covid como uma *experiência*, requer de antemão um olhar atento para o sentido do termo. Tal compreensão apontou-me pistas importantes para essa investigação à medida que pude considerar o dizer daqueles que “efetivamente” fizeram a experiência interrogada. Para isso, recorri ao pensamento de Gadamer (2015) a respeito da essência da experiência. Em sua análise, devemos separar as muitas experiências por meio das quais se confirmam nossas expectativas daquelas que possuem um caráter negativo, a partir das quais não há confirmação das nossas certezas. Nessas últimas, o que se apresenta questiona e põe em xeque aquilo que previamente se tinha como verdade. No entanto, de acordo com o filósofo, não se limita à mera constatação de nossos enganos, mas também realiza a apresentação de um outro horizonte compreensivo, um saber mais amplo e justo na direção de acompanhar o sentido que se “re-vela” sobre o fenômeno interrogado. Lembramos que horizonte se refere apenas a um âmbito de visão pelo qual algo pode ser visto/interpretado, mas que jamais o esgotará em suas possibilidades de vir a ser/mostrar-se.

Para Gadamer (2015), a verdadeira experiência refuta as coisas que eram tidas como típicas, as falsas universalizações, ao mesmo tempo que aponta a sua própria transitoriedade. Isso é, aquilo que se evidencia a partir da experiência permanece válido até que alguma outra experiência possa vir à tona e o contradiga. Portanto, revela-se o caráter de abertura a novas experiências e não de uma conclusão que deva ser almejada. Nesse sentido, “quando se considera a experiência na perspectiva de seu resultado, passa-se por cima do verdadeiro processo da experiência.” (Gadamer, 2015, p. 461). Esse ponto implica reconhecer que o caminho

percorrido é inacabado exatamente por poder ser tecido e retecido a qualquer momento.

Em sentido estrito, não é possível “fazer” duas vezes a mesma experiência. É verdade que a experiência implica o fato de ter que se confirmar continuamente, que só pode ser adquirida pela repetição. Mas, enquanto uma experiência repetida e confirmada, já não se “faz” essa experiência de novo. Quando se fez uma experiência, isso significa que a possuímos. A partir desse momento, o que antes era inesperado passa a ser previsto. Uma mesma coisa não pode voltar a converter-se para nós numa experiência nova. Somente um novo fato inesperado pode proporcionar uma nova experiência a quem já possui experiência. (Gadamer, 2015, p. 463)

Fazer uma experiência implica reorientar o que conhecemos e transformar o nosso olhar sobre o mundo, as coisas e sobre nós mesmos, desvelando outros sentidos possíveis. Um modo de aproximação da experiência se dará via narrativa por meio das recordações que serão recolhidas ao longo do capítulo. Conforme apontou Heidegger (2017), com relação ao recordar, tem-se sempre uma referência a determinada experiência. Isto é, compreende-se como recordar o “tornar presente algo que passou como alguma coisa experienciada por mim há certo tempo” (p. 178).

Portanto, não é um mero tornar presente uma simples lembrança de algo passado que surge à memória, mas deixar ver uma experiência como tal. Nísia inicia sua fala apontando para essa questão, ao dizer que

*Não é todo dia que eu falo no assunto, mas quase sempre alguma coisa me faz lembrar daqueles dias. Porque não foi uma coisa parecida com nenhuma outra que eu tenha vivido anteriormente, essa eu acredito que vai ficar comigo pra sempre. (Nísia)*

Não se fala apenas sobre algo não esquecido, no sentido de que não foi ocultado, fala-se sobre algo que permaneceu consigo por ter sido experienciado.

A partir dos diálogos tecidos, algumas dimensões acerca da experiência interrogada se mostraram: a mobilização da crise e suas implicações, o despertar da condição originária do homem enquanto ser-finito, o despertar da angústia e a tecnificação da existência no contexto da saúde, considerando o pensamento calculante que rege as práticas clínicas. Tais dimensões serão apresentadas a partir deste momento.

### **3.1 O Internamento na UTI Covid como uma Experiência Mobilizadora de Crise**

No decorrer das entrevistas, pude testemunhar o recordar de experiências de internamento e não pude deixar de perceber o quão significativo foi atravessar e sobreviver aos acontecimentos narrados. De fato, a admissão numa UTI, devido ao agravamento dos sintomas de covid-19, evidencia uma condição clínica de maior gravidade, um estado de vulnerabilidade e maior dependência dos cuidados intensivos. Tal experiência parece desencobrir a existência em risco e escancarar a imprevisibilidade da vida. No encontro com as narrativas, de modos distintos e a partir do vivido, tal experiência se revela enquanto mobilizadora de crise. Dito isso, na tentativa de me aproximar do que foi se mostrando no caminho, entendo a importância de pôr em questão o sentido de “crise” recorrendo às considerações filosóficas.

Nessa direção, deve-se considerar que é parte do viver humano ser confrontado pelos momentos de crise, termo amplamente utilizado para “expressar uma situação de cisão e mudança, na sequência de uma alteração estrutural e do desequilíbrio dela resultante” (Borges-Duarte, 2020, p. 79). Considera-se, ainda, que



a experiência se dá subitamente e a partir de uma temporalidade em que o ser humano se encontra inserido, rompendo com a aparente continuidade do fluxo cotidiano dos acontecimentos existenciais. Portanto, trata-se de uma experiência que ocorre “de forma basicamente desintegrada, carente de sentido para quem a vive” (Borges-Duarte, 2020, p. 79).

É nesse sentido que a experiência de internamento é referida a partir de sua chegada abrupta, inesperada e indesejada. Em algumas falas, há um espanto desde o diagnóstico até a hospitalização, mas parece ainda mais ameaçador quando se anuncia a necessidade de uma UTI. Nas palavras de Esther, *“não há qualquer tipo de preparado para se viver esse tipo de coisa, ninguém imagina que pode ser você naquele leito que parece tão distante na televisão”*, ou como bem colocou Jaqueline: *“não tem aviso prévio, não tem como se antecipar e deixar as roupas lavadas, a casa organizada, combinar quem fica com o cachorro. Passou da porta, ou alguém decide por você ou fica tudo entregue à própria sorte”*. Frente à imprevisibilidade da existência escancarada na situação de crise, muitos se questionam como dar continuidade às suas responsabilidades e afazeres. Por vezes, parece que o próprio sentido desses afazeres é questionável.

Tal experiência retira o ser-humano de uma posição almejada de aparente controle sobre tudo que lhe acontece e o lança na indeterminação. Edison, que se descreve como uma pessoa centralizadora, que tende a tomar para si as responsabilidades de seu local de trabalho, de sua casa e busca dar conta de tudo, ao se perceber diante da possibilidade de internamento, adotou uma postura de maior resistência à hospitalização. De imediato, lembro de questionar sua atitude, de perceber meu incômodo e incompreensão: o que levaria alguém com sinais

incontestáveis de piora da doença, sofrendo com a falta de ar e cansaço, a considerar não receber ajuda e tratamento adequado?

*Eu disse a ele [o médico] [grifo nosso] que não iria ao hospital, que se é pra morrer eu morro em casa. É que eu pensava, se eu for para o hospital eu sei que eu vou morrer. Ele [o médico] [grifo nosso] me pedindo, eu resistindo. Minha esposa chorando, ligou para minha mãe, passou o telefone pra mim. Minha mãe dizia que se eu não fosse naquela hora, ela me pegaria à força com meu pai. (Edison)*

Logo, as falas de Edison indicam como esse compreendia previamente o internamento hospitalar, justificando sua postura inicial: o internamento parece concretizar a única possibilidade que não está sob seu domínio, a possibilidade de morte. Também a experiência em questão traria uma interrupção do trabalho e o colocaria sob os cuidados do outro, uma total perda de controle sobre a própria vida. Mesmo frente ao internamento, o mesmo parece buscar possibilidades de manter o seu cotidiano, solicita o notebook e parece incomodado com o rompimento da familiaridade do seu dia a dia. Em alguns dias, o distanciamento/afastamento de seus afazeres se mostraria inevitável, sobretudo com a necessidade de cuidados intensivos.

*Já entrei naquele estado de choque. Porque sou muito ativo durante o dia, me acordo seis horas da manhã e saio para trabalhar, chegando em casa às dez, ou onze horas da noite. Então, eu só pensava nas minhas coisas, pensava, que, caramba como é que vai ser? Na segunda eu tinha um bocado de coisa para resolver. Eu cheguei a dizer à minha esposa que, para que eu não assinasse um termo de responsabilidade e fosse embora para casa, ela me trouxesse o notebook. Essas eram as minhas condições. (Edison)*

Trata-se, portanto, de uma experiência que favorece a interrupção do fluxo cotidiano e a suspensão do que se esperava continuar executando. Uma experiência que aponta a própria condição existencial de abertura, de incerteza e indefinição: o ser-humano se vê afastado de suas referências e impossibilitado de tomar algumas decisões. O incômodo gerado por tal condição pode ser oportuno para o pensamento sobre a sua própria existência, como também pode ser pouco tolerado, levando a tentativas de afastamento do vivido.

Diante da situação de ruptura vivida, podemos tender a adotar estratégias de desvio: “criamos barreiras, obstruções, buscamos a contenção do que não pode ser contido, apegamo-nos aos nossos modos de ser, e, dessa forma, sofremos” (Rodrigues, 2020, p. 67). Muitos desses modos de ser que visam nos esquivar do sofrimento são comumente esperados como parte do processo de enfrentamento da situação de crise e passam a ser incentivados por familiares, amigos e até os próprios profissionais de saúde. São sugestões de modos de distração e de manutenção de uma suposta positividade para se manter confiante e tranquilo no processo de cura.

Uma lógica que se firma no pensamento técnico que acaba definindo nossas ações e modos de lidar com aquilo que foge do esperado. Nesse sentido, insiste que a crise, assim como a doença e a dor, compreendidas como ameaças ao bem-estar e equilíbrio humano, devem ser cessadas. Por consequência, não se deixa espaço para pensar a respeito desses acontecimentos e impede a tomada de consciência de nossas limitações. Pensemos a crise como “um momento de radical instabilidade, sem o qual não haveria sofrimento nem, portanto, percepção da própria carência, da extrema vulnerabilidade de cada um” (Borges-Duarte, 2020, p. 99), apesar de em muitos momentos, por meio da técnica, buscarmos superar ou até mesmo negar tal possibilidade, renegando o sofrimento à condição de um adoecimento.

No entanto, frente a esse horizonte da técnica, esses modos de ser que buscam o imediato alívio do sofrimento e o restabelecimento de estado de felicidade não se constituem como um alienamento de si e o próprio obscurecimento da experiência? Tal situação se revela naquilo que Heidegger (2018) nomeia como fuga do pensamento próprio ao modo de ser contemporâneo – condição existencial denominada pelo termo *decadência*. No tocante a esse modo de ser no qual o ser humano se mantém absorvido pela coexistência cotidiana, traz entre seus traços fundamentais a alienação, “na qual se lhe encobre o seu poder-ser mais próprio” (Heidegger, 2018, p. 178). Assim, também, ao empenhar-se na decadência, o ser humano acaba por se deter às interpretações públicas sobre si mesmo, os outros entes e os acontecimentos existenciais.

Em certa medida, o que de algum modo parece acontecer é um incentivo ao desinteresse: a respeito de si mesmo e do outro, atendo-se ao que já se sabe previamente mediante as interpretações públicas. Segundo Mattar (2020b), o que se busca evitar não é apenas o sofrer, mas o sofrer com o ter de ser, tendo em vista a indeterminação fundamental. Portanto, a entrega ao impessoal diz de uma tentativa de encobrir as verdades que nos constituem enquanto ser-no-mundo, assim como a estranheza originária que parece se revelar quando as contradições da vida se mostram (o que parece ocorrer no adoecimento).

Na medida em que é, o *Dasein* já está sempre lançado adiante de si mesmo, sem que jamais possa recuperar ou se apoderar de seu fundamento: sendo, ele “é” o fundamento lançado de si mesmo, mas não pode ter qualquer domínio sobre seu fundo abismal, restando-lhe apenas assumi-lo como tal. (Duarte, 2010, p. 372)

Ainda na direção de ampliar a compreensão acerca dessa tentativa de “negar” para si e para os outros a sua própria condição de vulnerabilidade, na medida em que não há garantia alguma para a existência humana, lembro-me de Nísia. Essa em sua fala revela várias tentativas de encobrir o que estava se passando consigo naquele período, buscando comparações com situações anteriores e adotando uma postura que tinha como foco principal as explicações médicas. Durante o nosso diálogo, no entanto, reconhece que aproximar-se do vivido impôs a necessidade de des-conhecer sua bagagem, admitir as dificuldades e reconhecer o inédito daquela situação. Ela enuncia em sua narrativa:

*Naquele momento tentei não pensar no pior que poderia acontecer comigo. Como eu já tinha estado numa UTI em outra ocasião, muita coisa não era novidade. Então eu apostei na ideia de que, já passei por isso uma vez, vou passar de novo. E até que graças a Deus no final deu certo, mas eu confesso que muita coisa me surpreendeu e foi preciso assumir isso também, que aquilo era diferente e eu tinha que parar de diminuir o que estava vivendo. No início, toda vez que alguém (da equipe de saúde) perguntava se estava tudo bem, eu fazia questão de olhar estranho, de responder que estava ótima e até ser um pouco grosseira. Fazia que estava dormindo quando a psicóloga se aproximava, não queria responder nada, falar nada, estava mesmo bastante impaciente. Isso só mudou com o tempo, quando eu me vi prestes a ser entubada e precisei perguntar ao médico: doutor, o que o senhor acha? Ali foi a primeira vez que eu tive medo da resposta, ou melhor, que eu entendi que a depender da resposta daquele médico, as coisas não estavam nada bem para o meu lado. (Nísia)*

No diálogo com Nísia, compreendi que o aparente desinteresse inicial sobre o que se passava consigo mesma e com o seu entorno, apresentava-se como uma tentativa de distanciamento de uma realidade tão difícil de ser suportada. Não abrir espaço para a reflexão do momento de crise também se revela como uma possibilidade de não reconhecer a total falta de domínio do ser-humano frente aos acontecimentos existenciais. Desse modo, não seria essa uma forma de proteger-se, frente ao peso ontológico do existir que parece irromper numa experiência de internamento numa UTI? Como apontado por Heidegger (2018), a decadência no impessoal que caracteriza a cotidianidade se revela uma tentativa de se evitar confronto com a verdade ontológica e o despertar da angústia que a acompanha.

Permitir que a experiência de crise possa se re-velar e reconhecer as tonalidades afetivas que possam surgir a partir daí, requer de fato uma abertura ao inesperado. E, nesse sentido, experimentar abrir mão do controle para, “com serenidade, podermos nos manter abertos ao mistério, na aceitação do incontornável, na humildade frente ao indefinível” (Feijoo, 2019, p. 78). Penso que algumas das narrativas revelaram-me como foi desafiador se perceber numa posição de vulnerabilidade e impotência frente aos acontecimentos. Sobretudo apropriar-se de tal posição e se ver frente a tal experiência, que abriga sempre o desconhecido e nos apresenta o nosso próprio e contínuo desconhecimento em relação ao que nos cerca e ao desdobrar-se de nossa existência.

Nesse sentido, “a pessoa a quem chamamos experimentada não é somente alguém que se tornou o que é através das experiências, mas também alguém que está aberto a experiências” (Gadamer, 2015, p. 465). Ainda sobre essa questão, o filósofo aponta que o ser-humano experiente reconhece que não há qualquer garantia ou domínio sobre aquilo que o aguarda no futuro, podendo esse contradizer o

presente momento. Tal incerteza pode escancarar-se numa UTI, revelando por seu intermédio a possibilidade de interrupção de sonhos e projetos, e até mesmo o nosso caráter ontológico de podermos deixar de ser a qualquer instante. Nessa direção,

A ideia de que se pode dar marcha-a-ré a tudo, de que sempre há tempo para tudo e de que, de um modo ou de outro, tudo retorna se mostra como uma ilusão. Quem está e atua na história faz constantemente a experiência que nada retorna. (Gadamer, 2015, p. 467)

À luz dessas considerações, encontro-me com a fala de Esther, ao lembrar de sua reação ao receber a notícia, ainda na UTI, de que seu irmão mais novo estava em estado grave após contrair a doença. Esther recebeu a notícia de sua mãe, em uma visita autorizada pela equipe médica, passado algum tempo de internamento. Ao descrever aquele momento, disse-me ter recordado da última festa de aniversário de seu irmão, em que o mesmo a fez prometer que na próxima, estaria comemorando junto aos seus amigos da escola – que não estiveram presente por toda a precaução que o momento pandêmico exigia – e seus familiares. Recordou que naquele momento estavam todos celebrando mais um ano de vida da criança, sem dar-se conta de que pouco tempo depois essa mesma vida poderia findar.

*Meu irmão em perigo, é como se automaticamente acendesse um alerta dentro de mim. Se meu irmão, uma criança cheia de vida, estava lutando contra esse vírus, então as coisas estavam muito mais difíceis e assustadoras do que eu pensei. Meu medo era o depois, sair e me deparar com uma vida sem meu irmão. Como iria ser? Veja, é difícil pensar isso hoje, mas lá dentro, vendo tudo aquilo que eu estava vendo, era ainda mais difícil porque parecia mais real. Um horror pensar nos momentos felizes, como o daquela última festinha de aniversário, como sendo o último com aquela pessoa. (Esther)*

A notícia do adoecimento do irmão e do agravamento do quadro clínico do mesmo parece tê-la provocado a pensar o modo como estava atravessando seu internamento, assim como a temer o futuro, caso este lhe reservasse a perda precoce de seu irmão. No momento da entrevista, enquanto Esther recordava como passou a se sentir depois da situação, também recordei das vezes em que também fui desalojada com o óbito inesperado de algum paciente no hospital.

Nos tempos pandêmicos mais críticos, assim como os meus colegas de equipe, pude testemunhar e lamentar profundamente o findar da existência de muitos outros e com isso, especialmente nesses momentos, pensar a morte e o morrer, questão que constitui tema de reflexão da próxima constelação.

### **3.2 A Experiência de Crise e o Despertar da Condição Originária do Homem**

#### **Enquanto Ser-Finito**

Tal como foi introduzido a partir da narrativa de Esther, que passou a temer a morte do irmão e, a partir daí, a temer o futuro como um todo, a finitude que nos é constitutiva ganha especial atenção na compreensão da experiência de internamento por covid-19 na UTI. Em certa medida, a possibilidade de morte é anunciada logo que se tem conhecimento do diagnóstico e parece uma ameaça ainda mais próxima, quando se está no ambiente de uma UTI. Tal associação emerge em diversas narrativas, a partir do que cada um experimentou naquele período como também de suas compreensões prévias a respeito da hospitalização e do contexto da terapia intensiva. No caso de Esther, como já foi colocado, o que parece a ter despertado para a sua condição de ser-finito e para a imprevisibilidade da vida, foi a notícia do agravamento do estado de saúde de seu irmão. Dito isso, recorro ao seguinte



pensamento de Heidegger quanto à possibilidade de experimentar a morte dos outros:

A transição para o não mais ser presença retira a presença da possibilidade de fazer a experiência dessa transição e de compreendê-la como tendo feito essa experiência. Com efeito, o mesmo se pode recusar a cada presença, no que concerne a si mesma. A morte dos outros, porém, torna-se tanto mais penetrante, pois o findar da presença é “objetivamente” acessível. Sendo essencialmente ser-com os outros, a presença pode obter uma experiência da morte. (Heidegger, 2018, p. 311)

Sabe-se que o filósofo se debruçou de modo especial sobre a caracterização ontológica do ser-humano como ser-para-o-fim e nas suas investigações apontou para o fato de não podermos experienciar e compreender a nossa própria morte. Não é possível experienciar o não-mais-ser-no-mundo, ou seja, nunca saberemos de fato como se dá a experiência da nossa própria morte. No entanto, por estarmos no mundo sempre em relação com-outros, temos a possibilidade de testemunhar o morrer de outro, de estar junto no momento de sua morte e sofrer a perda, e assim darmos conta da nossa condição de finitude. Isto é, caso essa possibilidade se concretize, como pode ser revelado na fala de Esther sobre o irmão caçula, “a morte se desvela como perda e, mais do que isso, como aquela perda experimentada pelos que ficam” (Heidegger, 2018, p. 313).

Nessa direção, recorde de Edison, ao revelar como o fato de ter presenciado situações em seu entorno envolvendo a luta pela continuidade da vida ou mesmo a morte de outros pacientes impactou a sua experiência. Em sua fala, coloca que *“assombrava ver o senhorzinho que estava próximo se debater após tentativas de extubação, como também ter assistido outro senhor falecer bem na minha frente, no*

*leito na frente do meu*". Assim como Edison, outros entrevistados também relataram quão impactante foi assistir a outros pacientes atravessarem momentos difíceis, sobretudo aqueles que foram a óbito. Nessa direção, a seguir, destaco o que diz Jaqueline ao contar-me sobre a liberação da visita do marido de uma paciente que estava há algum tempo internada em estado crítico, passou por uma intubação e infelizmente não resistiu e faleceu.

*O marido daquela paciente que comentei, passava 24 horas do lado de fora da UTI, esperando pessoalmente por notícias. Era uma coisa dolorosa de acompanhar porque o pessoal [a equipe de saúde] [grifo nosso] comentava que era como se ela não estivesse reagindo, não apresentasse nenhuma melhora, mas o marido continuava esperando por notícias melhores, esperançoso do lado de fora. Isso me comovia, acredito que todos estavam muito comovidos com a situação e com a fé daquele homem. Um ou dois dias antes de minha volta para o apartamento, lembro de ter ficado observando a liberação da visita do rapaz, que foi mais uma despedida mesmo. Todos muito emocionados com aquela cena, o próprio médico parecia não se importar em esconder a emoção. Parecia uma coisa assim, como se todos conhecessem os dois. (Jaqueline)*

De fato, os pacientes acabam presenciando situações desconfortáveis que desencobrem o medo de também atravessá-las, sobretudo de não conseguir ultrapassar aquela situação de adoecimento, levando-os a questionar-se sobre a própria morte. No caso de uma UTI Covid, soma-se a isso o fato de todos terem recebido o mesmo diagnóstico, apesar das especificidades de cada caso e diferentes evoluções clínicas.

*Não se sabe quem passará ileso e quem ficará mais tempo internado, ali está todo mundo no mesmo barco por conta do mesmo vírus. É como se vendo o outro, no leito ao nosso lado, a gente se desse conta do que também pode nos acontecer. (Esther)*

Assim como Esther, após sete dias de UTI Covid, Jaqueline contou que um de seus maiores desafios foi confiar no que “estava por vir”, pois nessas condições o futuro lhe parecia ameaçador e incerto. Não poder contar com o futuro significava para Jaqueline o risco de não poder realizar sonhos e alguns projetos que aparentemente estavam próximos de uma realização. Se naquele momento, então, a morte chegasse para a mesma, significaria uma interrupção de seus planos, uma barreira. Segundo Holzhey-Kunz (2018), existe uma diferença fundamental entre *limite* e *barreira* que merece atenção ao se pensar o findar que acompanha a morte. A autora aponta para a noção de limite como um chegar ao fim que é passagem, algo que chegou ao limite e, em sua ultrapassagem, indo para além do limite, algo distinto se iniciou. Desse modo, a morte ser representada como barreira indica sua inultrapassabilidade, o findar que se chega sequer acompanha uma completude, já que essa não é possível ao ser-humano.

*Aquele momento iria dizer se os meus sonhos seriam realizáveis ou não, se eu teria ao menos a chance de viver certas coisas. Era o que eu pensava, quando ficava encarando aquele monitor com os meus sinais vitais. Porque passa muita coisa na cabeça da gente, principalmente tudo que um dia planejamos para a nossa vida. Eu não sabia o que esperar do futuro, ou melhor, eu não sabia se ainda tinha futuro. (Jaqueline)*

Faz-se necessário lembrar que a morte tomada como fenômeno existencial afasta-se da compreensão do morrer físico-biológico e deve ser considerada como

ser-para-o-fim, não somente a partir de um deixar de viver. Trata-se, portanto, no caso de Jaqueline e de outros, de temer o findar que não se caracteriza pela incompletude ou mero desaparecimento da vida, como seria com os outros entes que estão simplesmente presentes ou disponíveis à mão. O findar que aqui se revela é o ser-para-o-fim que já sempre somos (Heidegger, 2018). O findar de todas as possibilidades poderá se concretizar a partir da experiência de agravamento de uma doença, escancarado no internamento numa UTI.

Nessa direção, a condição de ser-finito ameaça nosso futuro como um todo, sendo essa a principal e incomparável ameaça. Com efeito, “a relação com o próprio futuro sempre é, por isto, ao mesmo tempo uma relação com a própria morte o tempo inteiro possível, que faz com que se mostre como incerto, se ainda resta em geral tempo para alguém” (Holzhey-Kunz, 2018, p. 92). Nesse sentido, o internamento parece oportunizar a consciência de nossas limitações e, por meio de tal consciência, influenciar na forma que estamos aguardando/sendo para o futuro.

É interessante perceber que as próprias expectativas acabam sofrendo modificações, as coisas são percebidas como passageiras ou como essenciais e adquirem novos significados e direções. É o que se descobre a partir das recordações de Nísia:

*Eu sempre fui de deixar algumas coisas para depois, de esperar o momento ideal para realizar certas coisas. E eu entendo que planejamento é importante, principalmente na minha área, mas até que ponto é possível se planejar no mundo de hoje? Para te dar um exemplo, antes de ir para o hospital, veja que coisa interessante, eu estava junto com a minha sócia quebrando a cabeça para resolver alguns problemas da loja, que acabaram se acumulando por conta de toda paralisação do comércio e precisavam ser resolvidos com uma*

*certa urgência. Para não dizer que eu não estava sentindo nada, tive um pouco de febre e início de tosse na madrugada do dia anterior, mas veja, eu estava tão estressada com aquilo tudo e tão determinada em deixar tudo resolvido antes da próxima coleção, que eu não me importei com minha saúde, até falei em fazer o exame, mas só depois da reunião. Nisso, minha sócia percebeu que eu fui ficando ofegante, estava pálida e continuava falando sem parar. Ela até chegou a me interromper algumas vezes, perguntou se eu estava me sentindo bem, mas eu lembro de ter dito “vamos focar aqui, na loja, depois eu vejo isso”, e eu acabei passando muito mal. É interessante porque no hospital, todas essas coisas acabam perdendo um pouco a importância, não é? Todo nosso planejamento vai por água abaixo e a gente só quer saber de ficar bem. . . . Enquanto eu estive por lá, vendo toda aquela situação, pessoas morrendo, famílias despedaçadas, eu só conseguia pensar em tudo que eu gostaria de fazer que me fizesse sentir viva. Veja, eu até me arrepio só de lembrar. Era muito difícil ver tudo aquilo e continuar preocupada com as mesmas coisas, entende? Eu queria viver diferente para que eu terminasse a minha vida diferente. (Nísia)*

Reflexões como essa de Nísia desencobrem a possibilidade de a experiência de adoecimento descortinar interrogações e outros horizontes acerca da existência. Parece-me que ao perceber-se diante de uma situação que lhe impõe limites e ameaça pôr fim à sua vida, a mesma passa a refletir sobre algumas de suas prioridades. É como se Nísia estivesse me contando que naquele momento pôde reconhecer aquilo que verdadeiramente lhe importava e que tais coisas precisavam de sua atenção. Pensar no que estava sendo revelado a partir dessa fala leva-me a pensar numa outra, a de Edison. Esse gostaria de retomar alguns hábitos, aproveitar

a chance de revivê-los, já que naquele contexto pareciam tão distantes e improváveis. Tais compreensões parecem indicar outras interpretações da existência até então encobertas.

*Pequenas coisas que eu assistia na televisão me matava de inveja: um espetinho, um caldinho de feijão. Eu lembro de ter visto uma foto de um vizinho meu, que ele postou no Instagram, tomando banho de mangueira e eu lembro de ter pensado: eu daria tudo por um banho de mangueira agora. Pequenas coisas que eu fazia e outras que eu já não fazia, também por só pensar em trabalho, começaram a fazer falta. (Edison)*

Evidencia-se que a apropriação da condição de ser-para-a-morte pode convocar o ser-humano a pensar na fugacidade da vida, que é, por sua vez, intransferível. Além disso, parece-me que o modo como as coisas são percebidas também se modifica, ou essas coisas ganham atenção especial, já que, nesse caso, o próprio Heidegger (1981) descreve que o ser-humano se relaciona com os entes de modo a não se dar conta de seus significados. A exceção ocorre quando, por alguma razão que envolve necessariamente uma mudança nessa lida com a coisa em questão, voltamos o nosso olhar para o real significado daquela coisa. Isso pode ocorrer numa situação de crise, numa experiência em que o ser-para-a-morte é revelado. Nessa direção, Spanoudis (1981, p. 17) ressalta:

É importante esclarecer que essa maneira de relação com os entes em nossa cotidianidade é, na maioria das vezes, tão evidente que passa despercebida, e os significados são vividos sem percepção, isto é, não há significados, mas as coisas. Somente quando algo nos falha, falta ou quando se torna um obstáculo, é que seu significado pode tornar-se manifesto, saliente. Quando, por ex, o telefone falha durante nossa conversa, é que descobrimos sua

importância, esta sobressai, e reconhecemos o que o telefone significa em nossa vida. Na hora de um acidente, quando precisamos chamar um pronto-socorro e o telefone nos falta, aí é que vemos o que é o telefone e para que ele serve.

Ainda nessa direção, também tal experiência oportuniza repensar as próprias decisões e fazer escolhas mais próprias. “E de fato, significa uma possibilidade ontológica singular, pois coloca totalmente em jogo o ser próprio de cada presença. No morrer, evidencia-se que, ontologicamente, a morte se constitui pela existência e por ser, cada vez, minha.” (Heidegger, 2018, p. 314). É nesse sentido que a experiência de internamento, por sua vez escancarando a facticidade da vida, pode vir a possibilitar um apropriar-se do seu poder-ser mais próprio. Importa lembrar que:

Compreender-se a si mesmo como poder-ser próprio é reconhecer-se como mortal que se é, ou seja, reconhecer a finitude ontológica como a instância possibilitadora de toda e qualquer possibilidade mundana, “escolhida” a partir da propriedade de si mesmo. Opera-se aí o que Heidegger denominou a recuperação de uma escolha: apenas escolhendo escolher o *Dasein* possibilita para si mesmo o seu poder-ser próprio. (Duarte, 2010, p. 373)

Ao mesmo tempo, deve-se ter em vista que pertence à cotidianidade o encobrimento da própria morte, evitando-se pensá-la e percorrendo caminhos que tendem a afastar qualquer possibilidade de considerar o existir como ser-para-a-morte. Retoma-se, aqui, o existir na decadência, que, mediante o alienamento por meio das ocupações, impede um poder-ser mais próprio e consciente do ser-finito. Nessa perspectiva, “Existência, facticidade, decadência caracterizam o ser-para-o-fim, constituindo, pois, o conceito existencial da morte.” (Heidegger, 2018, p. 327).

Importa ressaltar que mesmo que a experiência favoreça a apropriação da condição de ser-finito, não se pode dizer que a partir de então a existência se dará constantemente de um modo próprio ou mesmo se haverá uma ruptura completa com o impessoal. É constitutivo da existência humana permanecer na maioria das vezes numa relação de indiferença que é pertencente ao modo da cotidianidade mediana, modo de ser no mundo no qual a verdade existencial encontra-se obscurecida e cai no esquecimento. Esse traço não é dito negativo, mas constitutivo da existência.

Isso não é de forma alguma uma conotação limitadora final para a existência do ser-aí, é apenas um modo de ser que na maioria das vezes ser-aí se encontra e interpreta mundo e, portanto também o contexto referencial de significatividade. (Antunes, 2017, p. 55)

Em certa medida, como pude compreender por meio do diálogo com as narrativas, o internamento hospitalar parece oferecer uma quebra de tal modo de lidar com a existência e conseqüentemente possibilitar um despertar-se de si, uma fissura na decadência cotidiana. Pois, com base nas contribuições de Heidegger (2018), deve-se ter em vista que do mesmo modo que na existência permanece possível esquecer-se do caráter de poder-ser, encontrando-se sobre o domínio do impessoal, também permanece possível reencontrar-se consigo mesmo, tornando-se consciente de seu caráter de abertura, indeterminação e finitude. Ambos os modos, de encontrar-se ou perder-se, são co-originários, constituem-se sempre como possibilidades existenciais do modo de ser desse ente que nós somos.

Seguir adiante apesar da facticidade da condição humana é uma tarefa árdua e constante, que envolve assumir-se como ser-para-a-morte. Frente ao que foi se des-velando nesse caminho, a experiência de hospitalização parece oportunizar a conscientização do ser-para-o-fim e, por consequência, leva-os a pensar sobre a



responsabilidade intransferível sobre sua existência. Desse modo, parece-me que tal experiência pode descobrir para si como cada um está sendo no mundo e possibilitar que o ser-humano depare consigo mesmo, e nessa direção revele para si outras possibilidades de encaminhar-se em sua existência. Tal experiência não se dá sem ruptura e o despertar da angústia. Pois, como revelado no diálogo com as narrativas, esse saber de si implica a tonalidade afetiva fundamental da angústia.

### 3.3 O Despertar da Angústia

O ser-humano encontra-se no mundo de modo compreensivo e sempre afinado por tonalidades afetivas. Isto é, cada um experimenta o estar lançado à sua própria facticidade e se projeta existencialmente mediante modos de ser abertos pelas tonalidades afetivas. Um alargamento da compreensão de determinada experiência é possível por meio do conhecimento dos humores que foram despertados naquele contexto. Para dar continuidade à discussão, entre as tonalidades afetivas possíveis, as questões levantadas até aqui parecem apontar a *angústia* como fenômeno importante desta investigação. De antemão, pode-se interrogar: mas por que a angústia e não o temor ou qualquer outro estado de humor que também pode vir à tona numa determinada situação de adoecimento e hospitalização?

Ao rememorar o que foi dito pelos entrevistados, a constelação anterior revelou o despertar da condição originária do homem como ser-finito possibilitando para si o seu poder-ser mais próprio. Aqui, portanto, tem-se um aspecto crucial para trazer a tonalidade da angústia para a discussão: pode-se afirmar que é mediante o emergir da tonalidade afetiva fundamental da angústia que o ser-humano se vê diante de seu próprio ser. Para chegar a tal compreensão irei considerar importantes proposições

contidas especialmente na análise heideggeriana, de modo a fazer uma caracterização da angústia.

Em diálogo com as narrativas, pude observar que à medida que o paciente se percebe enfermo, frente às limitações da experiência de internamento e consciente da possibilidade de finitude, há uma perda da aparente tranquilidade característica da cotidianidade mediana. Isso é, ocorre aquilo que chamamos de fissura na decadência cotidiana, que por sua vez é compreendida a partir da fuga de si-mesmo. Daí, recorro ao pensamento de Heidegger (2018), que irá apontar a angústia como a responsável por tal desvio e que cumpre o papel de revelar a verdade sobre o ser-humano. Pois, segundo o filósofo: “aquilo com que a angústia se angustia é o ser-no-mundo como tal” (2018, p. 252). Tem-se, pois, uma tonalidade afetiva fundamental.

Desse modo, diferencia-se a angústia das demais tonalidades, incluindo o temor. Enquanto o temor é direcionado a algo determinado que assume o caráter de ameaça, a angústia é mais ampla. O temor, assim como outros estados de ânimo, revela o mundo sob uma luz determinada e confere uma determinada atmosfera às coisas. Entretanto, Rodrigues (2020) recorda a inseparabilidade entre os dois fenômenos e aponta o temor como uma versão decadente da angústia, exatamente por aquele tornar a ameaça possível de ser contornada. No entanto, como já foi introduzido, a verdadeira ameaça, que se revela na angústia, está na nossa própria condição de abertura, de ser-no-mundo.

O papel da angústia na dinâmica da existência é revelar a verdade fundamental do ser-aí, de ser-possível. É pela angústia que se dá o descortinamento da nossa condição de finitude: fato que por mais que seja tendenciado a não aceitação e busca por controle, é intransferível e irrevogável. Rodrigues (2020) ressalta, no entanto, que a condição de ser-para-a-morte se manifesta no impessoal a partir do temor ou medo

da morte – o que pode, por exemplo, ser observado no trecho seguinte da entrevista de Edison. Pode-se dizer que tais desvelamentos apontam a angústia, mesmo que vivida no decaimento, em suas manifestações impessoais.

*Digamos que depois da covid eu passei a cuidar mais da minha saúde. Comecei a fazer dieta, perdi 9 quilos desde então. Porque eu acho, também, que a questão do sobrepeso influenciou bastante a minha situação. Eu não me cuidava, não era de fazer exames, colesterol nas alturas e pré-diabético. Eu não quero passar por isso mais nunca, até mesmo se pegar outra doença, que eu morra sem ir para a UTI. (Edison)*

Nessa perspectiva, a disposição do temor enquanto manifestação primeira da angústia se faz presente na experiência de internamento e tende a identificar diversas ameaças como, por exemplo, o próprio ambiente hospitalar, a doença, uma possível intubação, a situação pandêmica, entre outras coisas. Entretanto, deve-se atentar que “não há um algo que possa de um modo específico nos ameaçar; a ameaça, ao contrário, está na própria vida, no fato de existirmos e de, enquanto existentes, estarmos jogados” (Rodrigues, 2020, p. 165). A partir dessa afirmativa, entende-se que a angústia possibilita um confronto consigo mesmo.

Quando se vê confrontado consigo mesmo, o ser-aí pode, através da angústia, retomar seus projetos existenciais, pois, é na crise da angústia que se clarifica o seu ser enquanto poder-ser e o mundo enquanto horizonte fático para realização de suas possibilidades. No entanto, para que o ser-aí se confronte com o seu próprio ser, é preciso que o mundo e os entes que nele estão postos não se mostrem mais como submissos ao uso. (Antunes, 2017, p. 64)

No despertar da angústia, aquilo que provém do mundo das ocupações acaba caindo em total insignificância. Isso é, experimenta-se um estranhamento consigo

mesmo e com os sentidos que provêm do mundo. De acordo com Heidegger (2018), não é possível mais compreender a si mesmo a partir daquilo que oferece a interpretação pública. Nesse sentido, “naquilo por que se angustia, a angústia abre a presença como ser-possível e, na verdade, como aquilo que, somente a partir de si mesmo, pode singularizar-se na singularidade” (Heidegger, 2018, p. 254). Pode-se dizer que há um resgate da tutela de sua própria existência.

Nessa direção, lembro-me da expressão “virada de chave” utilizada por mais de um entrevistado para referir-se ao que viveu a partir da experiência em questão. Descubro mudanças no estilo de vida, cuidados com a saúde, um novo olhar para o relacionamento amoroso, para a relação com o trabalho e a revisão de prioridades e perspectivas de vida. Mas, sobretudo, evidencia-se a ideia de que ninguém é mais do mesmo jeito após experimentar tudo aquilo que experimentou nas condições de um internamento hospitalar por covid-19. Parece-me estar no despertar da angústia a possibilidade da “virada de chave” que pôde ser experimentada no adoecimento que levou ao internamento.

É a partir do rompimento da familiaridade cotidiana, em que o ser-humano permanece des-conhecido para si mesmo, que a angústia aponta a singularização. Daí a possibilidade de uma abertura privilegiada capaz de revelar o viver próprio e impróprio como modos de ser possíveis ao ser-humano (Heidegger, 2018). Importa, portanto, ressaltar que cabe ao ser-aí escolher a partir do que foi des-coberto na angústia. Pode-se assumir um olhar mais próprio para os projetos existenciais ou reforçar a fuga de si mesmo deixando-se orientar pelo domínio do impessoal. Colpo (2017), a partir do que diz Heidegger, ressalta que *ser si mesmo próprio* trata-se da condição em que o ser-humano é capaz de apropriar-se de suas decisões, apesar de inserido na cotidianidade mediana.

Assim, “o ser-aí pode aderir àquilo que se abre diante de si, apropriando-se de uma escolha, renunciando a ela ou enredando-se em modos fugidios à apropriação (impropriedade)” (Colpo, 2017, p. 108). Isso quer dizer que não há qualquer garantia de que esta ou aquela pessoa irá pôr em questão seus caminhos, apropriar-se de modos singulares de ser no mundo e confrontar-se consigo mesma. Pode-se, ao invés disso, assumir uma busca desenfreada por retomar o território de familiaridade, numa tentativa de novamente fugir de si, decaindo no impessoal. Todavia, como ressalta Rodrigues (2020, p. 132):

Não estamos aí, de fato, livres da angústia, já que, mesmo nele, vivemos a angústia decorrente da forte identificação com as modelagens estabelecidas. Essa angústia funda-se no fato de sermos em aberto, pois, caso não fôssemos, não poderíamos experimentá-la. No entanto, muito embora ela seja assim fundada, o sentido não é o de disruptora, mas sim o de imobilidade, de manutenção da restrição existencial, da condição de não liberdade.

Sobre esse modo de manifestação da angústia, em que há uma manutenção da restrição existencial, o autor afirma que embora possa haver abalos em nossa constituição de sentido, não há qualquer confronto com aquilo que se angustia, ao invés disso, tais abalos sinalizariam apenas a necessidade de fortalecimento dos laços com os significados conferidos pelo impessoal. O retorno da tranquilidade e suposta segurança conferida pelo impessoal, justifica-se pela nossa dificuldade em sustentar o desvelamento da angústia e a manifestação da estranheza. O ser-humano se vê ameaçado pela ruptura com um território de familiaridade, onticamente, e se percebe não pertencente e lançado à incerteza.

Heidegger (2018) compreende que a angústia, em sua manifestação mais originária, trata-se de uma raridade na dinâmica existencial que é fortemente marcada

pelo predomínio da decadência. Normalmente tem-se apenas “vislumbres dessa condição, quando a estranheza se presentifica, quando o aberto se faz manifesto, nos convocando a rever valores, projetos, modos de pensar e agir” (Rodrigues, 2020, p. 147). De tal modo que o sofrimento se instaura, não a partir da angústia, mas do decaimento no impessoal que confere a fuga de si mesmo.

Aqui, faz-se necessário recordar que a possibilidade de assumir novas compreensões sobre si mesmo, os outros e o mundo demonstra nossa condição de abertura e incompletude. Assumir-se como ser de possibilidades e romper com sedimentações atribuídas pelo impessoal é possível no angustiar-se. Lembro-me, a partir de tais considerações, de um conto do escritor moçambicano Mia Couto (2013), que logo de início dizia: “História de um homem é sempre mal contada. Porque a pessoa é, em todo o tempo, ainda nascente. Ninguém segue uma única vida, todos se multiplicam em diversos e transmutáveis homens.” (p. 41).

Esse olhar sensível para a existência humana parece-me dizer exatamente da condição de incompletude que constitui o ser-humano e que, por muitas vezes, deixa-se de tê-la em vista. No despertar da angústia, tem-se a possibilidade de um reconhecimento dessa condição, a possibilidade de tornar-se consciente dessa abertura constitutiva. Nesse sentido, Nogueira (2006) compreende que “a angústia opõe-se ao bem-estar da cotidianidade; no entanto, é justamente ela que desenha o horizonte das possibilidades mais originais do Dasein” (p. 343). Esse mesmo autor, ainda, descreve como *reatamento* aquilo que se dá no confronto com a angústia, à medida que o ser-humano depara consigo mesmo enquanto ser-no-mundo.

Como desde sempre sou “junto ao mundo” e jamais posso ser “desatado” ou “isolado”, esse re-atar é apenas o que chamamos de uma impressão: é o que posso entender existencialmente em minha exaltação e alegria, como um

nascer de novo, vir novamente ao mundo em que sempre sou e do qual nunca saí. O que isto pode significar ontologicamente é que me ponho no horizonte de todas as minhas possibilidades no modo próprio do Dasein: sou por inteiro livre em minhas possibilidades, e não naquilo que a efervescência das ações do mundo impessoal me dá a entender como obrigação. Deixo para trás o ser-no-mundo impessoal e cotidiano, e singularizo-me em meu projetar-me para novas possibilidades abertas no meu ser-no-mundo. (Nogueira, 2006, p. 343-344).

É o que parece se mostrar em falas como a de Nísia, “*Eu queria viver diferente para que eu terminasse a minha vida diferente.*” É possível observar que há uma abertura para outros modos de ser possíveis, ampliando o horizonte de sentidos que orientavam seus projetos existenciais. Tem-se, pois, o reatamento consigo enquanto ser-no-mundo que, nesse momento, diferencia-se do restabelecimento da cotidianidade.

No atual horizonte epocal, dominado pela composição técnica, tal interpretação a respeito do despertar da angústia parece ir de encontro ao pensamento que rege as práticas e modos de cuidado da atualidade. Pensando nos cuidados médicos, tende-se a compreender a angústia enquanto algo a ser evitado, controlado, sobretudo por se buscar a fuga da estranheza e reprimir qualquer não familiaridade. Entende-se que numa dada situação de adoecimento, deve-se apresentar todas as ferramentas necessárias para que o paciente não se angustie – acreditando-se numa suposta diminuição do sofrimento. Aqui, no entanto, compreende-se que a angústia jamais poderá ser evitada e/ou curada, já que nos é constitutiva.

No entanto, enquanto ser que existe sempre facticamente, deve-se considerar, a partir das indicações heideggerianas, que o ser-humano se encontra sempre junto a um mundo descoberto, guiando-se à luz das interpretações públicas. “Essa interpretação já restringiu antecipadamente as possibilidades de escolha ao âmbito do já conhecido, do que se pode alcançar e suportar, do que é pertinente e conveniente.” (Heidegger, 2018, p. 262). Reprime-se, portanto, o que foge da “normalidade” que se busca manter a qualquer custo.

Esse modo de cuidado que se acredita poder anteceder a angústia ou o despertar de qualquer outra tonalidade afetiva que aponte o sofrimento, caracteriza o próprio contexto da saúde atual e a tecnificação desse. Isso porque “o ser, em nosso tempo, descobre-se em solicitação imposta e exigente da composição técnica e não como o que repousa em si mesmo e que nada nos pede a não ser que aguardemos e guardemos serenamente junto ao mistério” (Mattar, 2020b, p. 171).

### **3.4 A Tecnificação da Existência no Contexto da Saúde**

Durante o recolhimento das narrativas, por diversas vezes, como já se esperava, pude re-conhecer, naquelas falas, muitos aspectos que há muito tempo têm despertado meu interesse e incômodo a respeito do contexto hospitalar. Enquanto psicóloga nesse cenário, especialmente no momento pandêmico, muitas das minhas lembranças mais significativas são de momentos desafiadores de um escutar atento àquilo que o paciente tem a dizer. Isso porque, colocando-me junto a esses interlocutores, compreendi que o espaço de fala a respeito da experiência, muitas vezes, não era sequer reconhecido. Mas quem poderia dizer melhor do que estava vivendo, senão aquele que vivia? Será que aquilo que se desoculta nos



exames, manuais e procedimentos técnicos é mesmo suficiente para compreender o que acontece ali? Será que nesse contexto, muitas vezes o paciente não é deixado de lado em prol da eficácia do tratamento? Aqui as interrogações parecem ganhar novos horizontes, reforços importantes a partir de quem conheceu de perto e “na própria pele” esse contexto, apontando para o domínio de um olhar técnico acerca da existência.

Nesse cenário, enuncia Esther, “*é como se a gente entregasse a vida nas mãos daquelas pessoas. Ali, o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta e tantos outros, são nossos braços e pernas. Eles estudaram para isso, se capacitaram para recuperar vidas*”. Tal pensamento evidencia o lugar de especialista e detentor do saber ocupado por aqueles profissionais que atuam a partir do conhecimento técnico científico. Lugar de soberania da experiência científica em detrimento de qualquer outro saber que, até passar por uma verificação, permanece ilegítimo, desconsiderado.

Entre as condições de legalidade presentes no saber científico natural estão a mensurabilidade e a causalidade, que refletem o modo como se pensa o ser-humano a partir dessa lógica. Aqui, deve-se ter em mente uma cisão entre homem e mundo, tidos como sujeito e objeto, reduzidos a duas unidades distintas. Essa cisão, presente em toda a história da metafísica, aponta para o verificável, duas unidades que podem ser apreendidas e materializadas (Valverde, 2011). É a partir desse entendimento de humano enquanto algo simplesmente presente na natureza, que a ciência acredita possuir o domínio sobre aquilo que diz respeito ao homem.

Na ciência contemporânea encontramos o querer dispor da natureza, o tornar útil, o poder calcular antecipadamente, o predeterminar como o processo da natureza deve se desenrolar para que eu possa agir com segurança perante

ele. A segurança e a certeza são importantes. Exige-se uma certeza no querer controlar. O que se pode calcular de antemão, antecipadamente, o que pode ser medido é real e apenas isso. Até onde isso nos leva perante uma pessoa doente? (Heidegger, 2017, p. 46)

Diante dessa reflexão, tornam-se evidentes os limites desse conhecimento técnico que sustenta as práticas no contexto da saúde. Sobretudo por perder de vista a singularidade das experiências. Não é “a vida que está entregue” aos cuidados dos profissionais, como exprime Esther em sua fala, pois aquela escapa a qualquer pretensão de domínio. O objetivo das práticas médicas está em achar a cura, chegar ao diagnóstico, alcançar os efeitos por intermédio de um caminho previamente calculado. Sobre o fazer médico, Gadamer (2011) afirma:

O médico certamente se servirá de toda a instrumentação da medicina atual e clínica, a fim de, na sua diagnose, poder partir de resultados objetivos de medição e de teste. Ele também estará disposto a, com liberdade, tomar como base os valores normativos e padrões da avaliação dos resultados, porque ele sabe que determinados desvios podem ser temporários ou insignificantes para o conjunto da situação. Assim, quando o problema não for muito incomum, a diagnose será incontestável. Mas isso não é tudo. (p. 173)

O filósofo chama atenção para o saber-fazer que parece acompanhar as diversas práticas no contexto da saúde, mas finaliza afirmando que não é tudo. De fato, submeter-se aos cuidados específicos de uma UTI para o paciente em estado grave é de importância incontestável, mas o *tratamento* requer ir além dos procedimentos e medicações. Nas palavras de Gadamer (2011, p. 106), “tratamento ultrapassa a progressividade das técnicas modernas”, devendo incluir o escutar atento e um olhar zeloso. Pois, como chama atenção em suas colocações, o médico

deve-se lembrar que está lidando com pessoas e não somente “casos clínicos” e, com isso, atentar para suas especificidades.

Ser visto/assumido como um mero número, um caso clínico ou um leito ocupado reflete também a maneira de viver com os outros na atualidade. Fala-se, aqui, da massificação e mediocridade como características dominantes desse modo de viver atual e que acabam garantindo certo alívio, transferência de responsabilidades e acesso ao suposto desconhecido. Assim, “tudo o que é obscurecido e, então, aquilo que é totalmente encoberto, passa como sendo algo familiar e acessível a todos” (Heidegger, 1981, p. 51).

Essa interpretação de homem e mundo, que se orienta pela massificação e mediocridade e que se presentifica em diversas práticas no contexto da saúde, impede que se olhe o singular e, nesse sentido, busca interpretar o adoecimento a partir daquilo que já se sabe, que é de domínio público. Nessa lógica, o “a gente” assume toda e qualquer responsabilidade, “exatamente porque ele não é alguém que precisa dar testemunho de coisa alguma” (Heidegger, 1981, p. 51). Aqui, resgatando um trecho de meu diário de campo, lembro que:

*O que dizem os pacientes que ocupam os leitos da UTI Covid ultrapassa qualquer informação colhida através dos noticiários e informes médicos. O dizer beira leito, quando há condições de fala, este tem me interessado. Mas até que ponto este dizer é útil no combate ao novo coronavírus, considerando o horizonte técnico dominante? Arrisco afirmar que estamos deixando os protagonistas desse processo de lado, deixando de pensar o lado da história de quem viveu o adoecimento.*

Ao questionar-me sobre a utilidade do que o paciente tem a dizer sobre a experiência de adoecimento, recordo dos apontamentos de Heidegger (1995), em seu

texto *Língua da tradição e língua técnica*, especialmente quando afirma que, no mundo atual, só tem importância e validade aquilo que tem utilidade. Nele, o filósofo reflete “que deve e que pode ainda o inútil face à preponderância do utilizável? Inútil, de maneira que nada de imediatamente prático pode ser feito, tal é o sentido das coisas.” (1995, p. 10). E continua afirmando que é exatamente por tal razão que meditar sobre o sentido das coisas se aproxima do *inútil*, já que não há intenção de uma utilização prática. É nesse sentido que dar ouvidos aos sentidos atribuídos pelo paciente parece inútil ao fazer técnico.

Abrir espaço para o inútil requer um outro modo de estar junto ao outro, deixando de lado as suposições e conhecimentos prévios. “Tudo o que é aparentemente conhecimento muda-se em coisa digna de questão, isto é, digna de pensamento.” (Heidegger, 1995, p. 13). Pode-se dizer que aquilo que se mostra no dizer do paciente desvela o fenômeno a partir dele mesmo, torna-o manifesto. E por isso deve interessar àquele que busca conhecer a experiência em questão. Importa destacar que tal consideração não implica no abandono de saberes que fundamentam as diversas práticas no contexto da saúde, mas na possibilidade de se aproximar do fenômeno a partir de outros caminhos. Inclusive aquele que medita sobre as compreensões do próprio paciente.

Esse olhar atento àquilo que não pode ser mensurado acaba indo de encontro ao que propõe o pensamento científico natural e por isso pode ser tão desafiador para a equipe de saúde considerá-lo. Pois “a ciência se torna cega para aquilo que ela deve pressupor, cega para aquilo que ela gostaria de explicar à sua maneira, em sua gênese” (Heidegger, 2017, p. 96).

Vale destacar que o lugar de “mestre do saber” é, por muitas vezes, atribuído aos profissionais pelos próprios pacientes, que acabam terceirizando a

responsabilidade sobre sua própria vida. Muitos acreditam que o “domínio” sobre a doença acompanha uma certa autoridade sobre a existência. Recordo que *“às vezes, ao final do tratamento, cria-se a ideia de que se deve a vida ao médico, pois este foi capaz de salvá-la. E, a partir de então, entende-se que o seguir adiante só é válido se prescrito”* (Diário de campo da pesquisadora). No contexto de uma UTI, torna-se ainda mais evidente essa transferência de cuidado ao outro, sobretudo por estar em jogo, nessa situação específica, a própria vida em sua dimensão orgânica. Tem-se, com o adoecimento, o anúncio da sua condição de poder não-mais-ser-no-mundo, o que pode levar o paciente a não ter de fato uma escolha, senão a de seguir as orientações médicas e ficar à mercê dos cuidados intensivos.

Importa salientar aqui aquilo que Heidegger revela ao abordar os diversos modos possíveis de solicitude ou cuidado (modo de ser-com o outro) – modos esses que são constitutivos e fundamentais ao ser-humano e que indicam “um estado que, de acordo com suas diferentes possibilidades, está ligado com seu ser em relação ao mundo de seu cuidado e, da mesma maneira, com seu autêntico ser em relação a si mesmo” (Heidegger, 1981, p. 41). Aqui, compreendendo aquilo que vem sendo revelado sobre o modo de cuidado que domina o contexto em questão, importa olhar para o que o filósofo nomeia de modos deficientes e indiferentes de cuidado, que caracterizam o cotidiano de um modo geral, incluindo o contexto médico.

Pode-se, por assim dizer, tomar “conta” do outro ou colocar-se em sua posição de cuidar: pode-se “saltar sobre o outro”. Este modo de solicitude é o que assume o encargo que é do outro de cuidar de si mesmo. O outro é lançado fora de seu próprio lugar; ele retrocede quando algo precisa de sua atenção, ou mesmo pode tomá-lo como alguma coisa já acabada e à sua disposição, ou ainda desencarregar-se dele completamente. Em tal solicitude o outro pode

tornar-se alguém que é *dominado e dependente*, mesmo que esta dominação seja, para ele, tácita, ou lhe permaneça oculta. (Heidegger, 1981, p. 41, grifo nosso)

Nesse modo de cuidado, o outro é destituído de si, de tal modo que se assume por ele o encaminhamento de sua existência, “desresponsabilizando-o” de suas decisões. Daí permanece afastado de sua condição mais própria de poder-ser si mesmo, encaminhando-se sob o domínio do “a gente” ou daquilo que decidem por ele. A partir desse horizonte de cuidado, no fazer médico, compreende-se que só após a intervenção técnica poderia ser restituído o “estado de normalidade” do paciente. Se o paciente é visto no contexto médico como saudável, é-lhe “devolvida” a responsabilidade por suas decisões, todavia, caso a saúde não seja restabelecida, tais decisões permanecem sob o domínio médico.

Ainda pensando sobre esse fazer médico e a apropriação do cuidado do outro, recordo-me de Edison, ao contar-me que em determinado momento de seu internamento estava aflito com a possibilidade de intubação, que já havia sido levantada pelos médicos. Essa possibilidade, tão temida por aqueles que vivenciam a experiência de internamento, naquele momento parecia quase inevitável.

*Na sexta, durante todo o dia, a saturação não subia de jeito nenhum. Eu lembro perfeitamente do momento em que um primeiro médico, dos quatro que passavam pela manhã, veio conversar comigo. Disse: “olha, tu tá muito cansado, a tendência é mesmo intubação”. Daí eu já fui falando: “não faz isso doutor, vamos tentar fazer qualquer outro negócio”. Um segundo médico veio, olhou e disse que eu realmente estava muito cansado, que eles estavam para se reunir e decidir sobre a intubação, falou assim: “não se preocupa, fica tranquilo que se acontecer será apenas para descansar seu pulmão” algo*

*assim, mas continuei insistindo que não, pedindo para negociar qualquer coisa, falei que se essa fosse a decisão eu iria me soltar e ir embora. (Edison)*

O então paciente resistia e insistia em buscar alternativas para além da intubação, buscando seguir por outros caminhos enquanto ainda fosse possível evitar a sedação, parecia relutar em abrir totalmente mão de suas decisões enquanto o saber médico insistia em impor o seu saber técnico. Em sua narrativa, expõe que após um longo diálogo com o médico, foi-lhe proposta uma medicação específica e o aumento do tempo de uso de VNI para nova avaliação. Assim, mesmo com toda dificuldade, decidiu-se pelo que foi acordado, relatando que *“a máscara da VNI incomodava muito, lembro de ter a sensação de queimação no rosto, a lágrima descia, mas era a única alternativa, precisava ser feito”* (Edison). Nesse sentido, Edison conta do que viveu quase como se tivesse barganhado para continuar desperto, consciente, tamanho o temor de enfrentar a intubação traqueal, que na sua percepção seria quase como aproximar a morte, “apagar”.

Ao considerar o desenrolar dos acontecimentos descritos no relato anterior, percebo que aquilo que o paciente pensava sobre as possíveis decisões a respeito de seu tratamento, inclusive sua resistência, em certa medida, foi levado em consideração pelos médicos – o que não quer dizer que tenha sido determinante. Sabe-se que, em alguns casos, é possível discutir com o paciente ou até mesmo com seus familiares a respeito da condução dos cuidados. De acordo com Gadamer (2011), a autoridade autêntica estaria atrelada à liberdade crítica, isto é, de ser capaz de pôr em questão sua compreensão e permitir questionar seus limites ao deparar com o outro. Penso que essa abertura ao que o paciente teria a dizer sobre os próximos passos revela essa capacidade de questionamento. Nesse sentido, ao encaminhar-se pela orientação do questionar, a ação abre-se ao diálogo na medida

em que há o reconhecimento de um não saber em relação ao outro e se pressupõe que o outro tem algo a nos dizer.

Sobre a resistência apresentada pelo então paciente a se submeter ao que estava sendo proposto pelos médicos, o mesmo autor reflete e lança um olhar sobre aquilo que comumente se entende como “pacientes difíceis” nesse contexto. Por vezes, aqueles que resistem a assumir a doença, que aderem a um caminho de negação e de não submissão à autoridade médica são tidos como os mais difíceis. No entanto, a doença enquanto privação confere limitações à existência e aponta a vida em risco. Desse modo, “o conhecimento da doença representa um problema vital que atinge a pessoa na sua totalidade e não é, de maneira alguma, um livre ato de inteligência” (Gadamer, 2011, p. 63), mas demanda ter que lidar com uma situação que escancara a imprevisibilidade da vida e impõe diversas alterações e limitações ao existir.

O fato de a submissão à autoridade do médico se tornar difícil pode bem revelar um grau de inteligência. Seja como conhecimento ou como resistência cega ao conhecimento, de qualquer maneira, a reflexão não é aqui um livre voltar-se para si mesma, mas está sob a pressão do sofrimento, da vontade de viver, da fixação ao trabalho, profissão, prestígio, etc. (Gadamer, 2011, p. 63)

Pensando, agora, especificamente na doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (covid-19), o pouco conhecimento dos próprios profissionais de saúde e de todas as áreas do conhecimento de modo geral anunciou uma situação fora do comum: nela, a ciência ainda não era capaz de oferecer todas as respostas e muito menos garantias de sucesso. De modo geral, os profissionais se viram diante de um cenário em que os manuais se mostraram insuficientes, mas havia urgência em mudar essa realidade e a busca pelo estabelecimento de novos



protocolos de tratamento. E, nesse sentido, a população e as vítimas da doença enfrentaram uma situação de risco iminente e de total insegurança.

O momento pandêmico desvelou uma “atmosfera de incerteza” e a ausência de respostas por parte dos especialistas contribuiu fortemente para isso. Não era segredo para o paciente de uma UTI Covid que seu diagnóstico implicava em imprevisibilidades e limitações quanto aos recursos terapêuticos. Enfrentar a constatação da insuficiência do saber científico rompe com o habitual e nos coloca frente às nossas próprias limitações. Diante desse contexto, a atuação do profissional de psicologia acabou ganhando certa notoriedade: há outra dimensão, da angústia e do sofrimento ali presente, que requer passagem e demanda um outro olhar que não o tecnicista dominante.

#### 4 Considerações Finais

Percorrido o caminho até aqui, recuo frente a qualquer tentativa de conclusão, considerando o caráter de abertura da existência. Nesse momento, portanto, debruço-me sobre algumas possibilidades compreensivas a respeito da temática interrogada: a experiência de internamento em UTI devido à covid-19 e suas ressonâncias na existência do paciente. Importa ressaltar que tais considerações colhidas a partir da presente pesquisa se apresentam no intuito de ampliar discussões e possibilitar que outras interrogações possam se apresentar a qualquer momento, aproximando-se da compreensão de “desfecho”. Pois, como bem coloca Pompéia (2000), “todo desfecho é também necessariamente abertura” (p. 33). Dito isso, ressalto que, ao longo do caminho aqui percorrido, busquei compreender a experiência interrogada a partir de um diálogo com as narrativas dos colaboradores, com as narrativas escritas em meu diário de campo e junto aos horizontes compreensivos abertos pelo pensamento fenomenológico hermenêutico de Heidegger e de Gadamer, assim como de psicólogos que dialogam com esses pensadores. É nessa direção que encaminho algumas considerações, “des-fechos”.

O adoecimento aqui em questão configurou-se como uma experiência de crise e de privação, sendo compreendido enquanto possibilidade existencial que está para além de um desequilíbrio corporal, de causas e efeitos mensuráveis e tratáveis como indica o horizonte técnico das ciências médicas. No internamento advindo do adoecimento pelo novo coronavírus, parece que os colaboradores se viram lançados frente ao inesperado que configura o próprio existir, visto que o existir é, ao mesmo tempo, frágil e um grande mistério. O adoecimento escancarou tal imprevisibilidade e nos pôs frente a fragilidades de todo e qualquer planejamento. O acontecimento da

doença revela-se, assim, como privação, ruptura, suspensão e ameaça ao existir em suas possibilidades existenciais, revelando a própria possibilidade existencial de ser-finito e poder deixar de ser a qualquer instante. E, nessa direção, vale reconhecer que tal situação, para além dos sintomas físicos, poderá implicar em sofrimento e no despertar da angústia originária.

O ser-doente se vê privado da prática de determinadas atividades, prazeres e decisões, encontra-se frente a uma ruptura em sua cotidianidade. Encontra-se, em certa medida, modificado, limitado em suas possibilidades, de tal modo que o internamento se revela como uma retirada abrupta do cotidiano e uma suspensão inesperada de um suposto fluxo vital. Porém, pode ser tal interrupção interpretada como uma retirada forçada da mundanidade cotidiana e quebra da familiaridade, ocasião propícia para o despertar da angústia, e, nesse sentido, a possibilidade de se ver consigo, aproximando-se e apropriando-se dos modos de como estar podendo-ser. Nesse contexto, é-se solicitado a interrogar-se sobre o modo como se está cuidando do próprio existir e as tramas de sentidos que dão sustentação à sua existência.

Descobrimos que existir é uma possibilidade e que, portanto, podemos deixar de ser. Somos lançados na existência com a paradoxal condição de podermos constantemente deixar de ser. Com isso não nos referimos apenas à morte, o limite intransponível da nossa vida, mas também a todos os modos como nos reconhecemos e compreendemos como entes biográficos que somos. Quem eu sou, quem são os outros e as coisas podem perder a significância e importância. (Evangelista, 2017, p. 173)

Nesse sentido, o desencobrir para si da nossa condição de ser-finito acaba trazendo modificações significativas ao modo como se está sendo no mundo.

Especialmente no que se refere aos seus projetos existenciais, agora ameaçados pela gravidade da doença e pela própria condição existencial de não vir a ser. Em tal cenário de adoecimento, a nossa condição de ser-finito parece se fazer mais visível, e, assim, somos convocados a encarar a fugacidade da vida e, por vezes, solicitados a pensar a nossa própria condição de ser-para-a-morte e o modo como estamos nos encaminhando em nossa existência. Vale, pois, reconhecer que o contexto da UTI, especialmente no contexto pandêmico e considerando o número alarmante de óbitos, parece contribuir para a apropriação da nossa condição de ser-para-a-morte e nos retirar do obscurecimento cotidiano.

Ao pensar tais questões, torna-se interessante e oportuno considerar a faixa etária dos participantes. Sabe-se, pois, que é parte do cotidiano encarar a morte como natural apenas após se viver uma longa e demorada vida, isso é, quando ocorre na velhice. Quando a morte torna-se visível aos mais jovens, como se percebe neste estudo, tal acontecimento acompanha uma certa incompreensão, tornando-se ainda mais inesperado e até inadequado. Após conhecer as narrativas, e aquilo que se revelou sobre a vida dos participantes, tem-se mesmo a impressão de que, de fato, a morte não era sequer considerada. Portanto, caberia ainda questionar: como tal experiência, de internamento numa UTI, se revelaria junto à pessoa idosa?

Os dizeres que aqui se revelaram abriram diversos modos de lidar com a realidade completamente inusitada e indesejada de uma UTI, que por fim se mostrou uma verdadeira experiência para aqueles que se encontram em tal condição. De acordo com Gadamer (2015), é a partir do inesperado que surge uma nova experiência, capaz de refutar verdades apriorísticas e ampliar os horizontes compreensivos dos envolvidos. No entanto, o desalojamento provocado pela

experiência nem sempre se mostrou tolerado e, por vezes, precisamos recorrer às estratégias de desvio, tentativas de afastamento do vivido.

O sofrimento que se experimenta está articulado à possibilidade de não-poder-ser e de ter que suportar a inospitalidade dos acontecimentos existenciais, frente à ausência de garantias sobre o desfecho e o desenrolar dos dias, da própria existência. Tal experiência, em certa medida, parece não se dar apenas para aquele que se encontra internado na UTI Covid, mas atravessa o próprio profissional de saúde em sua existência e, conseqüentemente, em seu fazer. E, nesse sentido, Santana e Leite (2018) já ressaltam que a prática no contexto da saúde, assim como a experiência de sofrimento que ali se revela, parece convocar os “profissionais de saúde ir, em suas ações, além daquilo que é vislumbrado por uma clínica de órgãos.” (Leite, 2018, p. 113). Todavia, com frequência, em meio ao contexto técnico, a equipe de saúde perde de vista a importância de olhar para tais implicações existenciais e, assim, o médico, regido pela determinação do pensamento técnico, é ensinado a tentar dominar seu fazer, restringindo-o ao domínio técnico, além de acabar por tecnificar a própria vida. Apesar do conhecimento técnico e específico dos profissionais de saúde que atuam no contexto da terapia intensiva, mostrou-se fundamental atentarmos para um saber que é próprio do paciente e que deve ser considerado. O ser-humano sabe de si e sempre terá algo a dizer sobre a experiência.

Este, porém, se sabe a si mesmo como ser que atua, e o saber que assim possui de si mesmo não pretende comprovar o que é. Antes, aquele que atua está às voltas com coisas que nem sempre são como são, pois podem também ser diferentes. (Gadamer, 2015, p. 414)

E, nesse sentido, impõe deixar-se ser interrogado pelo não saber, resguardando em seu fazer o mistério e a indeterminação própria da condição humana.

Mesmo que os manuais apresentem caminhos previamente calculados para lidar com o adoecimento, aquele que adoecer sempre se apresentará a partir de suas singularidades e irá compreender-se na experiência a seu modo. Nesse sentido, o médico, responsável por tomar as decisões, terá sempre algo a aprender com seus pacientes. O saber ético, conforme nomeia Gadamer (2015), diferentemente do saber teórico/geral, não pode ser assimilado, aprendido ou recorrido como uma habilidade ou ferramenta, pois ele já está sempre atuante e vinculado ao existir. Nas suas decisões, a mera aplicabilidade do conhecimento prévio e especializado mostra-se insuficiente. Seu fazer deverá encontrar o correto em cada situação concreta, agindo de forma reflexiva junto às situações, de modo a considerar suas singularidades.

Num fazer em saúde que atenta para a situação hermenêutica e para o que se mostra em cada situação, não se

Exclu[em] as regras e procedimentos técnicos, mas, ao contrário, esses ainda permanecem sempre possíveis. Não obstante, eles são deslocados para o interior do horizonte de uma relação hermenêutica com o mundo e com a própria técnica, uma relação não técnica com a técnica. (Sá, 2016, p. 43)

Tem-se aí um resgate do paciente, e não simplesmente da doença, à medida que aquele é considerado a partir do que se mostra.

Afinal, será que o tratamento que se busca dominar nos tempos de covid-19 se restringe ao saber teórico? Em que medida o paciente permanece ausente no próprio tratamento, ao passo em que a doença, do ponto de vista orgânico, rouba toda a atenção? Aqui, evidenciou-se que a experiência de adoecimento e

internamento numa UTI ultrapassa aquilo que se registra nos prontuários. Tem-se, pois, ressonâncias existenciais que exigem um olhar atento às singularidades que se desvelam a cada situação.

Frente ao horizonte que se chegou até aqui, de modo a considerar as ressonâncias colhidas a partir das narrativas, parece-me oportuno refletir sobre a ação clínica psicológica junto aos pacientes nesse contexto, questão que não se fez foco nesse caminhar, mas que de certo modo se faz presente no meu próprio caminhar. Nessa direção, fecho o presente estudo abrindo novas perguntas, que podem dar caminho a outras pesquisas no futuro: Como abrir espaço para a manifestação do sofrimento, num contexto em que se busca silenciá-lo a qualquer custo, haja vista a predominância do saber biomédico-tecnista? Como a psicologia e o próprio fazer clínico do psicólogo podem contribuir com esse contexto? Há a possibilidade, nesse contexto da saúde, mais especificamente da UTI, de um caminhar que privilegie a reflexão sobre a experiência? Há, nesse contexto, lugar-espaço para um outro saber, haja vista a própria natureza tecnista dos contextos da UTI? Essas me parecem questões que não podem ser aprendidas objetivamente e definitivamente, mas remetem a um saber que já está sempre presente e que demanda constante revisitação na medida em que não pode ser generalizado, visto que aquilo que se trata da existência humana jamais pode ser totalizado. E todo saber é apenas um horizonte possível pelo qual a existência pode ser vista-compreendida.

## Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2001). *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes*. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf>
- Anderson, Maria Inez Padula, & Rodrigues, Ricardo Donato. (2016, julho-setembro). O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: Saúde, adoecimento e integralidade. *Revista Hupe*, 15(3), 242-252.
- Andrade, Ângela Nobre de, & Morato, Henriette Tognetti Penha. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 345-353. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200017>
- Antunes, Ezildo. (2017). *Após a angústia: Sobre propriedade e impropriedade na analítica existencial de Heidegger* [Dissertação de mestrado, Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Oeste do Paraná – Unioeste]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Unioeste. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/3136?locale=es>
- Associação Médica Brasileira. (2021, 19 de maio). *Boletim 012/2021: CEM COVID\_AMB. Variantes do SARS-CoV-2: O que significam e qual o seu impacto na pandemia*. [https://amb.org.br/cem-covid/boletim-012-2021-cem\\_covid-variantes-do-sars-cov-2-o-que-significam-e-qual-o-seu-impacto-na-pandemia/](https://amb.org.br/cem-covid/boletim-012-2021-cem_covid-variantes-do-sars-cov-2-o-que-significam-e-qual-o-seu-impacto-na-pandemia/)
- Azevedo, Ana Karina Silva, & Dutra, Elza. (2020, December). Suicide in covid-19 times: Possibilities of understanding in the light of Heideggerian ontology. *Estud. psicol.*, 25(4), 460-469. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200045>
- Barreto, Carmem Lúcia Brito Tavares, & Leite, Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira. (2016). *Prática psicológica na perspectiva*



- fenomenológica. In Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista & Henriette Tognetti Penha Morato (Orgs.), *Fenomenologia existencial e prática em psicologia (Colóquios LEFE)* (pp. 13-31). Via Verita.
- Barreto, Carmem Lúcia Brito Tavares, Prado, Rafael Auler de Almeida, & Leite, Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira. (2019). Hermenêutica filosófica em Gadamer e pesquisa fenomenológica. In Bárbara Eleonora Bezerra Cabral, Luciana Szymanski, Maria Inês Badaró Moreira, & Maria Luisa Sandoval Schmidt (Orgs.), *Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: Experimentações em psicologia* (pp. 46-66). CRV.
- Benjamin, Walter. (1994). *Magia e técnica, arte e política: Ensaios sobre literatura e história da cultura* (Obras escolhidas, Vol. 1; 7a ed.). Brasiliense.
- Borges-Duarte, Irene. (2019). À força de padecer: Considerações sobre a dor como experiência ontológica. *Natureza humana*, 21(2), 112-129. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302019000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302019000200009)
- Borges-Duarte, Irene. (2020). Dúvida e provação como experiência de crise (Hegel para psicólogos). In Elza Dutra (Org.), *Sofrimento, existência e liberdade em tempos de crise: Palestras apresentadas no II Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial e II Encontro do GT de Psicologia e Fenomenologia – Anpepp* (pp. 79-102). Ifen.
- Boss, Medard. (1976). Análise Existencial – Daseinsanalyse: Como a Daseinsanálise entrou na Psiquiatria. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, 2.
- Colpo, Marcos Oreste. (2017). Sobre os sentidos da decisão/escolha. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, 17.
- Couto, Mia. (2013). *A menina sem palavra: Histórias de Mia Couto*. Boa Companhia.

- Dal-Pizzol, Felipe (Org.). (2020, abril). *Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do covid-19 em medicina intensiva*. Amib. [https://www.wficc.com/images/Recomendacoes\\_AMIB-05.04.pdf](https://www.wficc.com/images/Recomendacoes_AMIB-05.04.pdf)
- Duarte, André. (2010). *Vidas em risco: Crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault*. Forense Universitária.
- Duarte, André. (2020). *A pandemia e o pandemônio: Ensaio sobre a crise da democracia brasileira*. Via Verita.
- Dutra, Elza. (2002, julho). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 371-378. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200018>
- Dutra, Elza. (2018). Suicídio e desassossego: Pensamentos sobre a morte voluntária em tempos de técnicas. In Elza Dutra (Org.), *O desassossego humano na contemporaneidade* (pp. 103-128). Via Verita.
- Evangelista, Paulo Eduardo Rodrigues Alves. (2016). *Psicologia fenomenológica existencial: A prática psicológica à luz de Heidegger*. Juruá Editora.
- Evangelista, Paulo Eduardo Rodrigues Alves. (2017). Para uma interpretação daseinsanalítica da psicopatologia. *Revista Daseinsanalyse*, 17, 167-187.
- Falkembach, Elza Maria Fonseca. (1987). Diário de campo: Um instrumento de reflexão. *Contexto & Educação*, 2(7), 19-24.
- Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de. (2010). *A escuta e a fala em psicoterapia: Uma proposta fenomenológico-existencial* (2a ed.). Ifen.
- Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de. (2019). Paciência e Serenidade: Clínica Psicológica como a Arte do demorar-se. In Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo & Maria Bernadete Medeiros Lessa (Orgs.), *Daseinsanalyse hoje* (pp. 65-86). Ifen.

- Ferreira, Lígia, & Santos, Mônica. (2021). O impacto da pandemia para o gênero e a raça nas periferias. In Suzana Santos Libardi & Marcos Ribeiro Mesquita (Orgs.), *Impactos psicossociais da pandemia: Contribuições do Núcleo Alagoas da Abrapso* (pp. 20-31). Edufal.
- Figueiredo, Luís Claudio. (1994). *Escutar, recordar, dizer: Encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. Escuta/Educ.
- Flick, Uwe. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Artmed.
- Freitas, Danielle Pisani de. (2017). À procura da linguagem na Daseinsanalyse clínica. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, 17.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020, abril). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19: Recomendações gerais*. Ministério da Saúde. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2021, 16 de março). *Boletim Observatório Covid-19: Boletim Extraordinário*. Ministério da Saúde. [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim\\_extraordinario\\_2021-marco-16-red-red-red.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf)
- Gadamer, Hans-Georg. (2011). *O caráter oculto da saúde* (2a ed.). Vozes.
- Gadamer, Hans-Georg. (2015). *Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (Flávio Paulo Meurer, Trad.; 15a ed.). Vozes.
- Gadamer, Hans-Georg. (2018). *Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (Flávio Paulo Meurer, Trad.; 15a ed., 3a reimp.). Editora Universitária São Francisco.

- Gomes, Daniela Rodrigues Goulart. (2019). Psicanálise e saúde: Enlaces, dissociações e (re)existência. In Andréa Batista de Andrade Castelo Branco & Daniela Rodrigues Goulart Gomes (Orgs.), *Psicologia Hospitalar: Teoria, vivência e casos clínicos* (pp. 15-32). Via Verita.
- Heidegger, Martin. (1981). *Todos nós...ninguém: Um enfoque fenomenológico do social* (Dulce Mára Critelli, Trad.). Moraes.
- Heidegger, Martin. (1995). *Língua de tradição e língua técnica* (Mário Botas, Trad.). Passagens.
- Heidegger, Martin. (2003). *A essência da linguagem*. Vozes.
- Heidegger, Martin. (2012). *Ensaios e Conferências* (Emanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, & Márcia Sá Cavalcanti Schuback, Trads.; 8a ed.). Vozes.
- Heidegger, Martin. (2017). *Seminários de Zollikon: Protocolos, diálogos, cartas* (Maria de Fátima de Almeida Prado & Arnhold Gabriella, Trads.; 3a ed.). Escuta.
- Heidegger, Martin. (2018). *Ser e Tempo* (Márcia Sá Cavalcanti, Trad.; 10a ed.). Vozes.
- Holanda, Marcelo Alcantara. (2021). Pulmonology in the 21st century and the mark left by covid-19. *J Bras Pneumol.* 47(6), e20210499. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210499>
- Holzhey-Kunz, Alice. (2018). *Daseinsanálise: O olhar filosófico-existencial sobre o sofrimento psíquico e sua terapia* (Marco Casanova, Trad.). Via Verita.
- Huang, Chaolin, Huang, Lixue, Wang, Yeming, Li, Xia, Ren, Lili, Gu, Xiaoying, Kang, Liang, Guo, Li, Liu, Min, Zhou, Xing, Luo, Jianfeng, Huang, Zhenghui, Tu, Shengjin, Zhao, Yue, Chen, Li, Xu, Decui, Li, Yanping, Li, Caihong, Peng, Lu, ... Cao, Bin. (2021, January 16). 6-month consequences of covid-19 in patients

discharged from hospital: A cohort study. *The Lancet*, 397(10270), 220-232.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

Inter-Agency Standing Committee. (2020, março). *Guia Preliminar: Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de covid-19* (Versão 1.5; M. Gagliato, Trad.). <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>

Langle, Alfried, & Burgi, Dorothee. (2021). *O cultivo da vida: Crise e sofrimento como desafio existencial*. Via Verita.

Leite, Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira. (2018). Reflexões sobre a prática psicológica com famílias: Compreensões possíveis. In Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (Coord.), Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite & Ellen Fernanda Gomes da Silva (Orgs.), *Clínica Psicológica e Sofrimento Humano: Uma perspectiva fenomenológica existencial* (pp. 80-100). CRV.

Mancuzo, Eliane Viana, Marinho, Carolina Coimbra, Machado-Coelho, George Luiz Lins, Batista, Aline Priscila, Oliveira, Jacqueline Ferreira, Andrade, Bruno Horta, Brandão, Álvaro Lucca Torres, Leite, Ana Sophia Mitre, Ferreira, Pedro Chaves, Roveda, José Reinaldo Corrêa, Leite, Arnaldo Santos, & Augusto, Valéria Maria. (2021). Lung function of patients hospitalized with COVID-19 at 45 days after hospital discharge: first report of a prospective multicenter study in Brazil. *J Bras Pneumol.*, 47(6), e20210162. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210162>

Mattar, Cristine Monteiro. (2020a). Depressão, tédio e técnica moderna:

Contribuições da fenomenologia-hermenêutica. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 10(2), 195-207.

Mattar, Cristine Monteiro. (2020b). *Depressão: Doença ou Fenômeno Epocal? Via Verita*.

Mattar, Cristine Monteiro, & Sá, Roberto Novaes de. (2008, agosto). Os sentidos de “análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicologia. *Estudos em Psicologia*, 8(2).

Melo, Jailton Bezerra de. (2018). Encontros reflexivos: Apontamentos para a pesquisa interventiva em psicologia e prática psicológica em instituições. In Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (Coord.), Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite, & Ellen Fernanda Gomes da Silva (Orgs.), *Clínica Psicológica e Sofrimento Humano: Uma perspectiva fenomenológica existencial* (pp. 175-190). CRV.

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2013). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). Hucitec.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2020, abril).

*Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde* (Versão 7). <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>

Ministério da Saúde, Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à covid-19.

(2021a). *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19* (11a ed.). <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-11edicao.pdf>

- Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. (2021b). *Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com covid-19 – Capítulo 2: Tratamento Medicamentoso* [Relatório]. [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/relatorio\\_diretrizesbrasileiras\\_tratamentohospitalar\\_pacientecovid\\_capitulo2.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/relatorio_diretrizesbrasileiras_tratamentohospitalar_pacientecovid_capitulo2.pdf)
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2022). *Boletim Epidemiológico Especial: Covid-19* [Semana Epidemiológica 38 • 18/9 a 24/9/2022]. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-132-boletim-coe-coronavirus/view>
- Miranda-Sá, Luiz Salvador de, Júnior. (2013). *Uma introdução à medicina: Vol. 1. O médico*. CFM.
- Nogueira, Roberto Passos. (2006, julho-dezembro). Para uma análise existencial da saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 10(20), 333-345.
- Nogueira, Roberto Passos. (2007). A Saúde da Physis e a saúde do Dasein em Heidegger. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3), 429-450. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000300002>
- Nunes, Jarbas, & Pelizzoli, Marcelo Luiz. (2011). O fenômeno da saúde - o cuidado à luz da hermenêutica filosófica. In Marcelo Luiz Pelizzoli (Org.), *Saúde em novo paradigma: Alternativas ao modelo da doença* (pp. 17-62). Ed. Universitária da UFPE.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). *Histórico da pandemia de covid-19*. Recuperado em 2 de outubro de 2021 de <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

*Parecer CRM-PE nº 2538* (2016, 3 de outubro). São atividades privativas do médico:

a indicação da execução e a própria execução de procedimentos invasivos como: a Traqueostomia, a Cricotireoidostomia e a Intubação Traqueal. [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2016/2538\\_2016.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2016/2538_2016.pdf)

Pezzini, Alessandro, & Padovani, Alessandro. (2020, November). Lifting the mask on neurological manifestations of covid-19. *Nat Rev Neurol.*, 16(11), 636–644.

<https://doi.org/10.1038/s41582-020-0398-3>

Pompéia, João Augusto. (2000). Desfecho: Encerramento de um processo. *Revista Daseinsanalyse*, 9, 31-43.

Prado, Maria de Fátima de Almeida. (2017, julho). Considerações sobre os Seminários de Zollikon: Diálogo entre a filosofia e a medicina/psicologia. *Revista Daseinsanalyse*, 17, 39-54.

Rodrigues, Joelson Tavares. (2020). *Angústia e serenidade: A psicopatologia contemporânea em diálogo com Heidegger*. Via Verita.

Sá, Roberto Novaes de. (2016). Contribuições da fenomenologia hermenêutica para uma meditação sobre o sentido da psicoterapia. In Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista & Henriette Tognetti Penha Morato (Orgs.), *Fenomenologia existencial e prática em psicologia (Colóquios LEFE)* (pp. 33-44). Via Verita.

Sá, Roberto Novaes de, & Vieira, Maitê Sartori (2019). Reflexões fenomenológicas-hermenêuticas sobre a dimensão afetiva da existência e a psicoterapia. In Ana Maria Lopez Calvo Feijoo & Maria Bernadete Medeiros Lessa (Orgs.), *Daseinsanálise hoje* (pp. 87-112). Ifen.

Santana, Ana Maria de, & Leite, Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira. (2018). Ressonâncias da fenomenologia existencial no contexto da saúde. In Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (Coord.), Danielle de Fátima da



- Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite & Ellen Fernanda Gomes da Silva (Orgs.), *Clínica Psicológica e Sofrimento Humano: Uma perspectiva fenomenológica existencial* (pp. 113-131). CRV.
- Santana, André Vinícius, Fontana, Andrea Daiane, & Pitta, Fabio. (2021). Pulmonary rehabilitation after covid-19. *J Bras Pneumol.*, 47(1). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210034>
- Spanoudis, Solon. (1981). Apresentação: A todos que procuram o próprio caminho. In Martin Heidegger, *Todos nós...ninguém: Um enfoque fenomenológico do social* (pp. 9-22). Moraes.
- Valverde, Alexandre. (2011). *Ruptura, solidão e desordem: Ensaio sobre fenomenologia do delírio*. Editora FAP-Unifesp.
- Wang, Tina, Chau, Brian, Lui, Mickey, Lam, Giang-Tuyet, Lin, Nancy, & Humbert, Sarah. (2020, September). Physical medicine and rehabilitation and pulmonary rehabilitation for covid-19. *Am J Phys Med Rehabil.* 99(9), 769-774. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001505>
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization* [Adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States]. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2020a). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when covid-19 disease is suspected: Interim guidance, 13 March 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>
- World Health Organization. (2020b). *Global surveillance for covid-19 caused by human infection with covid-19 virus: Interim guidance, 20 March 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331506>

Zhang, Wenhong. (2020). *Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang*. PoloBooks.

---

## **Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

- Você está sendo convidado para participar da pesquisa A EXPERIÊNCIA DE INTERNAMENTO DEVIDO À COVID-19: RESSONÂNCIAS NA EXISTÊNCIA DO PACIENTE, desenvolvida pela mestrandia Maria Paula Marques Macêdo sob orientação da professora Dra. Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite.
- Você foi selecionado devido à sua relevância para a temática estudada e por meio da indicação de profissionais de saúde. Sua participação não é obrigatória, sendo de caráter exclusivamente voluntário. Você não terá nenhum custo financeiro proveniente da sua participação.
- A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Seu desejo será atendido, mesmo durante a análise e independente da etapa de elaboração em que estiver o trabalho.
- Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
- Este estudo objetiva compreender as ressonâncias da experiência de internamento em Unidade de Terapia Intensiva pela covid-19 na existência do paciente a partir dos pressupostos fenomenológicos hermenêuticos presentes no pensamento de Martin Heidegger.
- Sua participação nesta pesquisa consistirá em colaborar via entrevista narrativa, mediante o relato de sua experiência, sendo a entrevista no dia e horário de sua preferência.

- Os riscos relacionados com sua participação são de mobilização de desconfortos e inquietações emocionais no momento da entrevista e retorno. Mas a pesquisadora compromete-se a prestar a assistência necessária, podendo, caso seja necessário e você deseje, realizar seu encaminhamento para a Clínica de Psicologia da Universidade Católica – situada na Rua do Príncipe – Boa Vista – Recife, PE – CEP: 50050-900.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são de contribuir para a apropriação e reflexão da experiência, além de contribuir para a construção de conhecimento a respeito de uma temática de grande relevância e uma questão de saúde pública.
- As informações obtidas por intermédio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
- Ao final da pesquisa, será acordado um outro encontro onde serão expostas de forma oral as possibilidades compreensivas e elaborações resultantes da análise das narrativas e o diálogo com a teoria. Além da entrega de artigo científico produzido a partir de tais conclusões.
- Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação – serão utilizados nomes fictícios. Serão usados apenas para elaboração de trabalhos científicos que poderão ser apresentados em eventos científicos ou na forma de dois artigos e/ou capítulos de livros, além da elaboração do próprio trabalho de dissertação.
- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Pesquisadora Responsável****Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira Leite**

---

**Assinatura****COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP****SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte****CEP: 70719-000 - Brasília-DF****Telefone (81) 99421-3331****E-mail: [daniellesiqueira\\_psico@hotmail.com](mailto:daniellesiqueira_psico@hotmail.com)**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Unicap, localizado na Rua do Príncipe, 526 – Boa Vista – bloco G4 – 6º andar, sala 609 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. telefone: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – endereço eletrônico: cep@unicap.br - Horário de funcionamento: 8h às 12h e das 13h às 17h - Segunda a sexta-feira.

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

**Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

---

**Assinatura do SUJEITO DA PESQUISA**