



Pandemia de Covid-19 e saúde mental: relatos do campo etnográfico

Yuri Coutinho Vilarinho¹

Resumo

No início de março de 2020, nossa pesquisa de campo estava sendo conduzida, na forma presencial, num ambulatório de saúde mental localizado no Estado do Rio de Janeiro. Em poucos dias, de forma abrupta, toda a configuração da pesquisa foi alterada, devido à pandemia da Covid-19. A partir de então, ficou claro que, se estávamos todos, em termos planetários, em um “mar turbulento”, certamente, não estávamos no mesmo “barco”, visto que vastos grupos e setores da população enfrentaram as ondas no corpo-a-corpo, ficando à mostra os privilégios que uma parcela ínfima manteve ou até mesmo ampliou. O presente trabalho tem como objetivo apresentar e discutir alguns dados etnográficos coletados entre março de 2020 até o momento atual (a pesquisa ainda está em andamento), período no qual acompanhamos o cotidiano de trabalho de uma equipe multiprofissional de saúde mental que “não recuou da linha de frente”. Além das questões pertinentes à própria pesquisa, contemplaremos algumas das dificuldades, problemas e articulações diversas produzidas no contexto de trabalho da equipe, dentre os quais destacamos: os diferentes agenciamentos configurados entre os atores humanos (pesquisador, profissionais e pacientes) e não humanos (tecnologias de acesso à internet, aplicativos, velocidade de conexão etc.), as políticas públicas (municipais, estaduais, federais), os equipamentos de segurança, as incertezas e os medos constantemente enfrentados, o trabalho presencial dos profissionais, os desafios dos que passaram a atender à distância, as emoções e os afetos expressados durante as reuniões virtuais de equipe, a apreensão permanente quanto ao “retorno presencial”, entre outras questões. Em diversas situações, percebemos que as agudizações do sofrimento psíquico dos pacientes recebidos pela equipe tornaram patente a insustentabilidade de algumas dicotomias tradicionais, como a separação entre o que é da ordem do biológico, do psíquico, do social, do individual e do político, uma vez que o vírus abala o organismo, mas produz impactos tortuosos na psique, os quais são aprofundados, sustentados e amplificados, por sua vez, por uma política oficial da morte. Por fim, fazemos alguns apontamentos sobre a percepção destes profissionais sobre a especificidade do sofrimento mental dos usuários atendidos no contexto pandêmico.

Palavras-chave: etnografia, saúde mental, pandemia, Covid-19, sofrimento psíquico

¹ Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Doutorando em Psicologia (PPGP-UFF).

Introdução

Desde outubro de 2019, nossa pesquisa de campo² estava sendo realizada num ambulatório de saúde mental³ localizado no Estado do Rio de Janeiro. Nos primeiros dias de março de 2020, devido à pandemia da Covid-19, conforme declarou a Organização Mundial da Saúde (Who 2020), a configuração da pesquisa foi inteiramente alterada. Neste trabalho, dando destaque à perspectiva dos participantes da pesquisa, serão discutidos alguns dados etnográficos coletados entre março de 2020 e o primeiro semestre de 2021, período em que procurei seguir os rastros (Latour 2005) do trabalho cotidiano de uma equipe multiprofissional. Discutiremos, em caráter exploratório e dando ênfase às narrativas dos próprios profissionais participantes, quatro dos principais impactos produzidos a partir da pandemia, quais sejam: 1 - os primeiros impactos na equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogas, assistente social, auxiliares administrativos e acompanhantes domiciliares. Incluiremos, aqui, algumas das expressões emocionais envolvidas e relatos de percepções e experiências pessoais sobre o momento; 2 - as principais mudanças no funcionamento e na dinâmica de trabalho, principalmente para aqueles que permaneceram trabalhando presencialmente; 3 - a atualização de diferentes articulações da equipe com outros dispositivos da rede de atenção psicossocial e, por fim; 4 – algumas das percepções acerca da demanda clínica atendida no período da pandemia.

Primeiros impactos da pandemia na equipe

A partir de março de 2020, com o início da pandemia, o acompanhamento do trabalho realizado no ambulatório realizado desde outubro de 2019 (na forma presencial) passou a ser realizado na forma *online*, por conta do risco de contaminação. Assim, desde então, pudemos acompanhar somente as reuniões de equipe realizadas nas manhãs de sexta-feira. Nesses

² Este trabalho integra a nossa pesquisa de doutorado, orientada pelo professor Arthur Arruda Leal Ferreira, voltada para a investigação das práticas e crenças relativas aos casos derivados de diversos tipos de violência, potencialmente traumáticos, do ponto de vista dos profissionais de uma equipe multiprofissional de saúde mental, bem como dos usuários atendidos. Em setembro de 2021, a pesquisa ainda estava em andamento. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Centro de Filosofia e Ciências Humanas - UFRJ, conforme parecer consubstanciado número 3.408.602. Acrescento que a pesquisa dá continuidade à minha investigação de mestrado, realizada no Instituto de Medicina da UERJ, cujo trabalho se intitula “Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro”, orientado pelo professor Benilton Bezerra Jr.

³ De acordo com a Portaria nº 3588/2017 (Art. 50-J), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia ambulatorial para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados.

encontros, era comum que no início os profissionais apurassem se algum deles havia desenvolvido algum sintoma da contaminação pelo vírus, e como estavam lidando emocionalmente com o quadro pandêmico. Assim, diante de uma aparência “gripada” não cogitavam alergia, mas Covid. Por exemplo, Carla⁴ pergunta à sua colega “Como você está, Teresa?”. Quando esta responde: “É minha rinite de sempre”, noto a presença de um tipo de afeto que se tornou dado entre nós, como se estivéssemos sempre sob tensão.

Foi neste início que conhecemos as variadas formas como o vírus afetava a saúde emocional e física dos profissionais. Carla avisa à equipe: “Paulo vai se manter afastado. Estará de *home-office*, disponível para fazer algo de casa. Cristina, também”. Um decreto municipal os dispensara do trabalho presencial no ambulatório. Tais momentos iniciais da reunião não eram “informes” propriamente ditos, como antes, ou seja, aqueles que se diferenciam da “discussão de casos”, mas relatos dos desafios pessoais que os profissionais estavam enfrentando. O psiquiatra Fernando, por exemplo, “está se preparando para entrar na linha de frente em outro hospital” e confirma, após os testes realizados, que nem ele nem sua esposa (também médica) estão com Covid. Os profissionais falam que “estão assustados”. Fernando relata sua experiência num hospital onde trabalhava:

“Se instalou um desespero, quando falaram que ali será um hospital para clínicos. (...) A própria doença tem um perfil que atrapalha qualquer organização. O hospital, em termos de material, ainda não está pronto. Todo o estresse, o clima está muito tenso no [nome do hospital]. Por qualquer coisa, estoura uma discussão entre os profissionais. Após alguns dias internado, (...) e todos os que estão em volta acabaram pegando Covid”.

Tais observações assustadas se tornaram de alguma forma um padrão repetido e, de uma maneira ou de outra, poderiam ser verificadas em quaisquer outros meses do longo quadro pandêmico. Destaco que a materialidade do perigo (sua letalidade, o número de contágios e de mortes) contrastava com a fragilidade e o descaso no combate da propagação do vírus. O perigo real contrastava com o gradual relaxamento social das normas de restrição e a contenção da pandemia e é em um clima de tensão na equipe, que Carla dialoga com o psiquiatra: “A minha maior dificuldade é lidar com o individualismo”. Fernando comenta: “A única coisa que me

⁴ Todos os nomes indicados neste trabalho são fictícios, resguardando o anonimato dos participantes.

alivia um pouco é que essa ideologia da negação de muitas pessoas acaba por proteger elas mesmas de entrarem numa atitude de vivência mais paranoica”. E ele finaliza:

“Vários pacientes foram a óbito. Muitos pacientes não estão sendo testados e morrem sem serem testados. A gente (...) está precisando contar com a sorte. Não dá para ter certeza se eu, mesmo fazendo tudo, o pior não irá acontecer. A situação é muito crítica, não se pode notificar no noticiário. O que tem chegado para as pessoas não tem sido de fato o que está acontecendo. Confesso que ver o isolamento ser enfraquecido me dá um desespero, porque a gente sabe que isso vai estourar mais ainda. A gente está chegando na margem que temos lotados todos os leitos.”

Nas reuniões, havia constantemente períodos de silêncio. Em clima de tensão, Carla compartilhou durante uma reunião de equipe: “Esta semana foi difícil para todo mundo. Uma semana como se estivesse apagando incêndio todos os dias. Eu sei que está todo mundo assustado. Tudo muito enlouquecedor.” A psicóloga se refere à questão, ainda em aberto na época, do quanto o serviço no ambulatório poderia manter-se minimamente com trabalho presencial: “Enquanto a gente puder manter a redução (...), que a gente possa expor menos nós mesmos e os nossos pacientes (...) é uma orientação essa redução”. Representando o medo, nos deparamos ainda com a fala da psiquiatra Marta, que se refere ao período que se iniciara, quando começou a circular com mais força um discurso de relativização da quarentena e possibilidade de abertura de alguns tipos de serviços, com a consequente maior circulação de pessoas nas ruas. Ela afirma com preocupação: “Essa semana, a gente vai ver muita gente adoecendo, passando mal, falecendo. Inclusive entre conhecidos.” E de fato, não demorou, inclusive, para que a Covid infectasse definitivamente alguns membros da equipe.

Rotina de trabalho e aumento da demanda do serviço

Os profissionais não incluídos no grupo de risco continuaram a frequentar o ambulatório, que estava localizado numa policlínica mais ampla. Questões de proteção pessoal, higiene, modo de lidar com as pessoas que se aglomeravam em frente à janela da secretaria, passaram a ser alguns dos desafios enfrentados nas primeiras semanas e meses da pandemia. Demorou para os profissionais conseguirem ter uma noção clara das modificações necessárias no local, adequadas e suficientemente seguras para quem continuasse a trabalhar no

modo presencial. Ainda que tivesse sido cogitado que o trabalho remoto com os pacientes poderia ser feito *a partir* do próprio ambulatório, gradualmente ficou claro que as instâncias municipais não implementariam tais medidas, como a instalação de uma conexão de *wi-fi* com uma internet apropriada e a disponibilização de celulares institucionais capazes de realizar teleconsultas.

Além disso, ainda que algumas medidas tivessem sido tomadas pela Coordenação Municipal de Saúde Mental ou pela direção da policlínica, como as máscaras *face-shield* oferecidas aos profissionais, outras medidas de proteção foram implementadas pela própria coordenação da equipe ambulatorial, como a colocação de uma barreira de proteção (feita de acetato) para proteção dos que estavam do lado de dentro da secretaria. Outras medidas mais restritivas - como a de distanciamento social – também foram adotadas no trabalho, por mais difícil que fosse mantê-las. Por exemplo, alguns hábitos das psicólogas pareciam dificultar tal distanciamento, como no caso de uma delas que ganhou um abraço de uma paciente e não se permitiu afastar-se, apesar do medo da contaminação. Ela diz: “Eu fui surpreendida. Eu estava conversando com ela e, de repente, ela me deu um abraço. Aí eu pensei: deixa. Ela está precisando de acolhimento”.

Até abril e maio, o movimento geral na policlínica parecia ter diminuído drasticamente. Os pacientes do município não estavam se consultando com seus médicos particulares, de modo que o movimento na policlínica poderia ser, ao menos em parte, oriundo desta parcela de usuários. De todo modo, constatamos que, em maio, o movimento ainda estava bastante pequeno, como observado em reunião por uma psicóloga: um médico da policlínica havia lhe dito isso, embora não soubesse “por quanto tempo esse movimento reduzido iria durar”. Foi no início de maio que registramos pela primeira vez algo que se repetiria a partir de então: “Na quarta-feira, foi um dia muito difícil. Parecia que era um dia normal de atendimento”. Luciana disse: “O ambulatório estava muito, muito cheio. E é isso: agora não é mais para só pedir receita. Eles querem ser atendidos na hora”. Ela lembra que, não sabe se foi “na hora do almoço”, ela parou “todo mundo”. Desabafa a psicóloga: “Houve um afrouxamento por parte da equipe”. Assim, em tom de alerta, ela avisa a equipe:

“Esse mês vai ser um mês crítico. Tânia com sintomas, Paulo internado, Augusto da Heloísa [secretária] com sintomas (...). É por conta de termos Fernando como médico (...) e que ele não diz não (...). Sônia, (que faz parte

da direção da policlínica) outro dia chegou para mim e falou que Fernando ia ser a referência de Covid. E eu disse que não ia dar, não. E eu vejo a policlínica toda vazia e o ambulatório cheio, muito cheio (...) A gente precisa rever. Precisa segurar. Não dá. Este mês vai ser crítico”.

Carla comenta a respeito de quinta-feira, dia em que está presente no ambulatório:

“Ontem, o dia também foi crítico. Marta [psiquiatra] já disse ontem que estava muito assustada. E eu sugeri que a gente falasse com a paciente. E deu certo. Se eu não me engano, ontem, a Marta só precisou atender duas ou três pessoas (...). E eu concordo com Luciana, chegamos num ponto tal que não temos mais médicos que façam receitas antecipadamente. E cá entre nós, Paulo está bem, mas este afastamento não vai ser só de 15 dias. Aqui para frente, a gente vai fazer a receita para quem aparecer na hora (...). Está muito difícil, com a falta da Cristina e do Paulo vai ficar muito mais difícil”.

Outros psicólogos compartilham suas percepções do que estavam vivenciando. Teresa, que estava presente tanto na quarta como na quinta-feira, diz:

“Na quarta-feira, tinha gente em tudo quanto é canto. No primeiro momento, houve um respeito, mas agora houve um afrouxamento como um todo na cidade. Uma outra coisa: eu acho que a demanda vai continuar aumentando e a gente vai ter que ser mais rigoroso. Na quarta, a gente ficou muito junto naquela sala [dá o nome da sala]. Na quinta, a gente conseguiu se espalhar”.

Para a psiquiatra Marta, seria recomendável ligar para os pacientes “pedindo para não irem” aos atendimentos de forma presencial. A ideia de frear ao máximo o aumento do fluxo de pacientes que buscavam tratamento não seria ruim, já que este “aumento” de casos, poderia ser um esperado reflexo dos impactos da própria pandemia na saúde mental dos usuários, mas também do gradual relaxamento (estimulado pelo governo federal e por apoiadores) do cumprimento das normas de restrição de circulação social.

Atualizando o compartilhamento do cuidado: rearticulações diversas com o território

A pandemia gerou vários efeitos que levaram à necessidade de atualizações com os diferentes atores da rede de saúde mental municipal. Testemunhamos isso a partir de um caso que estaria sendo encaminhado para internação no hospital psiquiátrico da região. A psicóloga diz: “Ela voltou a beber muito a partir da pandemia. No início, a paciente estava bem, mas em algum momento, voltou a beber”. Pensa-se na possibilidade de contactar o CAPSad⁵, pois tal dispositivo “tem alguma coisa da tecnologia do cuidado, que talvez eles possam ajudar a precisar este cuidado”. Em geral, a partir das novas demandas, diferentes articulações começam a ser discutidas com mais frequência nas reuniões. Tais situações passam a chegar pelos CAPS, pelos módulos do Programa Médico de Família (PMF) e pelo hospital psiquiátrico, além de muitas outras entradas já que, conforme contam, “os pacientes batem na porta e que vamos ter que entender que precisa de tratamento”. Enfim, “há muitas entradas que vão além do agendamento” - diz uma psicóloga. É com estas diferentes “entradas” que uma série de movimentos e atualizações passaram a ocorrer ao longo dos meses, durante a pandemia.

Em relação às articulações com os módulos do PMF, Carla destacou a permanente dificuldade no contato com os mesmos, devido à localização “em comunidades extremamente violentas e de difícil acesso físico”. Já em agosto, discutiu-se durante muito tempo sobre os problemas ligados à comunicação com tais módulos, inclusive sobre a necessidade de uma repactuação com o território, além da necessidade de um contato mais detalhado a respeito de casos que chegam dessas comunidades. De modo geral, os profissionais relatam ter uma boa troca de comunicação com os profissionais ligados aos módulos do PMF, com exceção, talvez, de alguns módulos, todos localizados em regiões de maior violência.

No final de abril, ouvimos de um profissional da equipe: “Como a questão da discussão virtual fez com que nos aproximássemos, por exemplo, do CREAS⁶! Estamos nos aproximando como nunca antes!” Isso era reflexo do que, gradualmente, foi se tornando cada vez mais patente nos primeiros meses da pandemia, ou seja, um processo de retomada dos contatos com os dispositivos da rede e da reflexão sobre questões que andavam “um pouco esquecidas”, conforme relatavam. Vale dizer que tais atualizações das articulações com os outros dispositivos ocorreram graças às tecnologias de comunicação via internet já existentes. Assim,

⁵ Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas.

⁶ CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

se é verdade que a pandemia trouxe urgências gravíssimas, desafios e demandas clínicas, os profissionais também reconheciam que foram abertos canais de comunicação até então não explorados ou subutilizados.

Destacamos uma fala do mês de julho, quando ocorreu uma intensa discussão em torno do paciente Luís. Carla colocou: “A gente, nesse período de pandemia, teve vários casos. Seis pacientes em menos de quatro meses. Acho que isso pode dizer algo. O que isso significa?” É preciso destacar que não eram casos isolados. Assim, tratava-se de repensar uma lógica, de materializar um processo que emergira durante a pandemia e evidenciara problemas já existentes. Uma das respostas, curiosamente, foi apontada por alguém de fora, uma coordenadora de um CAPS, do mesmo território, com quem Carla conversara ao longo da semana, e que afirmou: “A pandemia nos ensinou a pensar que temos pacientes que tratamos como ambulatório. Vocês provavelmente têm pacientes que deveriam ser tratados como CAPS”.

Não é um processo trivial este processo de transferência ou de encaminhamento de um paciente, tratado até então pelo ambulatório, para o CAPS. Surge uma complicação, como no caso de outra paciente, cujos detalhes da sua transferência são relatados pela psicóloga Sandra: “Foi muito difícil. Lá, a Jussara [psicóloga do CAPS] se dá conta da gravidade e da dificuldade de abordar. A primeira coisa que ela fala é da possibilidade da internação”. Tratava-se de uma visita domiciliar realizada por Sandra e outros dois profissionais do CAPS, entre os quais a psicóloga Jussara. A aposta em relação a esta paciente seria justamente achar uma alternativa para a internação.

Surgem questões ligadas às dificuldades de articulação com o CAPS, cuja direção do território deveria ser sua responsabilidade. Podemos pensar que não seria casual a dificuldade de “confiar” os pacientes do ambulatório a outros dispositivos da rede, já que, conforme foi apontado inúmeras vezes, tais questões aparecem num momento muito “hospitalocêntrico”. Uma psicóloga da equipe coloca: “Um momento em que a gente precisa resistir para existir e começar a cutucar os nossos parceiros de trabalho”. Nota-se, em especial, que o CAPS estaria falhando na função de cumprir o seu papel, em contraposição ao modelo de internação “hospitalocêntrico”. Percebe-se que “o CAPS está muito enfraquecido diante do contexto da Covid e talvez demore um tempo para retomar o que eles faziam antes”.

As múltiplas demandas da pandemia

Os meses passaram, tornando muito evidente o quanto se avolumaram os quadros de sofrimento. Além dos pacientes “angustiados”, os profissionais relataram a constatação de agravamentos particulares, como os derivados da violência contra a mulher, do abuso de substâncias tóxicas, do confinamento de idosos com afrouxamento dos laços afetivos; e os agravamentos, muito mencionados nas reuniões, de quadros psicóticos; além dos múltiplos casos onde a sintomatologia não necessariamente foi “psíquica”, mas física: infartos, hipertensão, doenças físicas e perturbações diversas que, muito frequentemente, redundaram em morte.

Estávamos diante de um evento crítico (DAS 1995), trágico, de dimensões coletivas e que, para as “agudizações devido à pandemia” chegarem aos serviços de saúde mental, era só uma questão de tempo. Raquel, uma das psicólogas, fala de sua experiência como residente num serviço de emergência psiquiátrica⁷: “Quando eu estava na emergência, vinham muitas coisas relacionadas à pandemia. Era uma quantidade grande de pessoas que vinham e diziam que tinham quadros de ansiedade por conta da pandemia, por conta de ter perdido emprego e não poder sair de casa.” No próprio ambulatório, um senhor atendido falava de

“(…) uma impossibilidade de circulação que tinha vindo com a pandemia e, junto disso, tinha tido uma... ele tinha sido mandado embora de uma empresa em que ele trabalhava há muitos anos. Era uma empresa de ônibus. E aí, logo depois, ele teve um infarto. E ele chega no ambulatório assim. Ele não queria ter um atendimento com psicólogo, mas queria... ele nem sabia dizer muito o que ele estava buscando. Mas ele falava de efeitos da pandemia. Ao longo desse ano, teve muito isso.”

São múltiplos os efeitos da pandemia. Em particular, deve-se apontar para o conjunto sistemático de práticas políticas deliberadas oficialmente pelo governo e que potencializaram os efeitos do vírus, processo que pode ser entendido a partir da ideia de uma *necropolítica* (Mbembe 2020, 2018), já que o vírus é manejado politicamente, de modo que sua disseminação se distribui desigualmente na sociedade, a depender de critérios como gênero, classe e raça

⁷ Entrevista pessoal.

(Souza, Medeiros e Mendonça 2020; Estrela et al 2020; Santos et al. 2020). Enfim, trata-se de reconhecer que, de fato, a “pandemia é um evento múltiplo e desigual” (Segata et al., 2021).

No caso da psicóloga Raquel, ela afirma:

“Muitas pessoas, muitos idosos também, que chegaram e, por isso, antes tinham uma circulação e agora não estavam mais podendo. E aí, tinham idosos que estavam com quadros mais de agressividade, em casa, com a família. Isso dos idosos foi mais no ambulatório. (...) Era muita gente que chegava com quadro de ansiedade e por causa da pandemia ou de alguma coisa que tinha se agravado com a pandemia.”

Verificamos nas reuniões uma sucessão de relatos acerca de adoecimentos diversos e rondava-nos o espectro das mortes de pacientes, como em abril, por exemplo, quando todos da equipe foram surpreendidos pela triste notícia dada por uma das psicólogas: “Na terça-feira, foi o dia do falecimento, com sintomas de falta de ar, pneumonia, parada cardíaca e respiratória”. Referia-se ao falecimento de um antigo paciente acompanhado pela equipe, psicótico, que falecera naquela semana. Na véspera, Carla e Tereza estiveram no velório, quando souberam que a causa não foi contaminação por Covid”. Neste período, as mortes surgiam como nunca antes. Mortes sem verificação do vírus. Vírus que não era, necessariamente, confirmado por um “teste”, pelo “PCR”, mas permanecia no imaginário nebuloso e fantasmagórico. Também no início de abril, a psiquiatra Marta compartilha seu caso: “A mãe do paciente Augusto apareceu ontem. Ele estava há um mês internado. Teve um infarto súbito. Tinha por volta de 50 anos e fumava muito. Estava bem acabado e era do grupo de risco”. No mesmo mês, ouvimos da psicóloga Aline outro caso de infarto. A paciente “Sara, que tinha pressão alta”, além uma outra paciente sua, Kátia, que “está muito mal, chegou no posto toda cortada, com a perna toda automutilada”. Aline fala de uma terceira – cujo caso se agravou neste momento - que perdera seu bebê (uma menina) há cerca de um ano e que estaria de novo grávida, justamente na pandemia. Ela reproduz o que a paciente lhe dissera: “Eu quero pegar essa doença. Eu quero morrer e não vou precisar enterrar esse bebê. É uma luta, é uma luta!”

É neste quadro caótico que a nova demanda de pacientes surge. Carla reforça o que, de alguma maneira, já surgira diversas vezes: “Todas as pesquisas mostram que a demanda por saúde mental aumenta, por conta da pandemia, em não sei quantos por cento e que não há previsão de um outro quadro diferente desse”. Uma vez que se trata de algo específico do

momento, precisaria haver, como consequência, uma abordagem terapêutica específica para essa demanda. Não por acaso, surgem algumas iniciativas que contemplarão a necessidade de uma abordagem específica para o momento, como a formação de uma comissão de “primeiros cuidados psicológicos”, organizada pela Coordenação de Saúde Mental do município, bem como o incentivo para que os profissionais, dentro do possível, realizassem o curso de capacitação aos atendimentos ligados à Covid-19, desenvolvido e oferecido virtualmente pela Fiocruz.⁸ Numa reunião, Rita chegou a abordar que ouvira no curso que seria recomendado, inclusive, grupos terapêuticos específicos para se tratar das consequências psíquicas do coronavírus.

Inicia-se toda uma mobilização específica para lidar com este quadro. Carla se refere ao grupo de primeiros cuidados psicológicos, uma ideia de formar uma comissão específica para cuidados dos próprios profissionais da rede que apresentassem algum sofrimento psíquico causado pela pandemia. A psicóloga enfatiza que, nos textos que foram distribuídos para leitura no grupo de *whatsapp* já formado, “se faz uma outra pegada”. Ela explica:

“É uma outra forma de se dirigir. Pela nossa formação, a gente está sempre no mais⁹. Mas este trabalho é sobre o emergencial, que não necessariamente precisa de um processo psicoterápico. Também não é uma situação de desastre, onde o profissional volta para casa e está tudo ok. É uma situação onde o profissional volta para casa e se sente na mesma situação de risco dos pacientes com que lida”.

Aqui, é importante apontar que, naturalmente, incluem-se nesta “nova demanda” usuários novos e aqueles que se afastaram do tratamento nos primeiros meses da pandemia e que agora retornariam, e também os próprios profissionais de saúde que estariam na linha de frente do combate à pandemia. Carla comenta que essa última demanda de acompanhamento dos profissionais, inclusive das policlínicas, “vem aparecendo”. Ela comenta: “As pessoas estão muito cansadas, as pessoas saíram e os que ficaram, começaram a adoecer. Além disso, alguns médicos estão se recusando a lidar com os pacientes com sintomas de Covid. E isso tem

⁸ A Fiocruz, em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres (CEPEDES-ENSP) ofertou o curso “Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19”, disponibilizado em 16 módulos na modalidade de ensino à distância.

⁹ No sentido de que o atendimento deveria ter um caráter emergencial, não sendo recomendável, por exemplo, a abordagem tradicional de se investigar aspectos históricos mais antigos da vida do paciente atendido. Foca-se, aqui, nos aspectos emergenciais do presente.

começado a aparecer. As pessoas estão desorganizando, ficando mal, não trazendo isso de uma forma necessariamente explícita. Foi criada uma ficha que tem uma função de contabilizar no final tudo isso, que precisa ser preenchida no final. Tem os cursos da Fiocruz, ligados ao atendimento emergencial do paciente.”

Uma das psicólogas afirma: “Na verdade, hoje a gente pode dizer que todos nós estamos vivenciando uma guerra. De um jeito diferente. Talvez algumas pessoas mais alienadas tenham menos clareza disso. Mas todo mundo perdeu alguém conhecido. Se não perdeu *alguéns*.” Na experiência da psicóloga, era grande a dificuldade das chefias ouvirem que os profissionais tinham limites e nutriam a expectativa de que os profissionais fossem “super-heróis e trabalhassem sem descanso”, conta, fazendo “tudo, o possível e o impossível”. A dificuldade dos coordenadores técnicos, de algum modo, convivia com a do próprio profissional de saúde, já que o mesmo, segundo Solange, tinha dificuldades para lidar “com os seus próprios limites”. Solange completa que, com o passar dos meses, o trabalho de primeiros socorros psicológicos dirigidos aos profissionais de saúde da policlínica foi finalizado: “Teve um período que teve uma quantidade de demanda razoavelmente grande com essa equipe, onde as pessoas pediam pra falar”. Ela ressalta, porém, a dificuldade que “a maioria das pessoas tinham, não pediam pra falar (...) tinham dificuldade disso.” Para além das diferenças entre o nosso contexto e o de outros oficialmente classificados como de “guerra”, Solange destaca que não seria só a questão dos profissionais apresentarem dificuldades para lidarem com suas vulnerabilidades e “castrações” (um termo que ela utiliza). Se as pessoas pensam que “tem mais uma guerra acontecendo, elas já ficam anestesiadas com isso, mais uma guerra, menos uma guerra, não faz tanta diferença assim”.

Relativamente aos pacientes, a multiplicidade de apresentações passou a ser a característica dos sofrimentos gerados pela pandemia. Teresa ressalta que as diferentes manifestações de sofrimento apareceriam depois de um ano de formação do contexto pandêmico, na forma de “fiquei sem emprego”, “como é que vai ser daqui pra frente?”, “tô sem trabalhar”, “minhas relações sociais se perderam”. No caso dos idosos, “vou morrer”, “o encontro com a morte”. E, para muitos, “todo mundo vai morrer”. Teresa fala especificamente de uma paciente que havia recebido em meados de março de 2021. Ela nos dá detalhes sobre o que tem recebido. Ela afirma:

“Tem muita gente chegando nesse quadro. Fiz uma recepção, há pouco tempo, de uma paciente que era isso: ela trabalhava o tempo inteiro como manicure, perdeu o emprego... Mas abriu um quadro de ansiedade, está sem dormir e está sem dinheiro para pagar tudo o que pagava antes”.

Na visão do psiquiatra Bruno, também se trata de um quadro múltiplo. Para ele, “os pacientes se sentem mais tomados por essa situação de acabar não fazendo as coisas que faziam antes”. O psiquiatra sugere que seria uma “quebra de rotina, não necessariamente traumática”. Em sua visão, refere-se especificamente à categoria diagnóstica de Reação de Estresse Agudo ou Transtorno de Adaptação¹⁰ como sendo mais pertinentes nestes casos. São questões da ordem cotidiana, como a dificuldade da paciente de “lidar com o marido que está em casa o tempo todo e que já era uma situação difícil de lidar”. Ou, por outro lado, da necessidade de se “exercitar”, porque “fazer exercício faz com que eu me sinta menos ansioso e agora não estou podendo”. Ele fala do caso de um senhor que só realizou duas consultas com ele. O senhor “tava super ansioso porque o patrão dele tinha falado, ele tava com nariz escorrendo, o patrão dele falou “ih, tá com covid”. E aí, o cara ficou muito ansioso com aquela situação ali.” Segundo o psiquiatra, o paciente a partir disso começou “a ficar preocupado e acabou desenvolvendo um quadro ansioso muito grande. Estava tendo ataques de pânico e tal.” Bruno, por fim, complementa com a abordagem utilizada: “Mas aí, eu entrei com a medicação e na consulta seguinte ele disse que estava se sentindo bem melhor. E depois acabou não retornando mais”.

Casos muito graves chegam para tratamento, especificamente relacionados à pandemia. É o caso de Mariléia, acompanhada do psiquiatra Fernando e da psicóloga Teresa. Numa das reuniões de equipe, Teresa nos conta:

“É uma que chega com uma crise muito forte. No acolhimento, ela associa isso à pandemia. Ela trabalha em um hospital e fala que viu todo mundo morto. Tem um filho que tá preso e um filho que tá no tráfico. (...) Parece ser uma pessoa muito sofrida. Diz que, quando pensa em voltar ao trabalho, não dá para voltar. Ela não conseguiu o benefício pelo INSS. Foi negado e está tentando pela justiça.”

O psiquiatra Fernando complementa a descrição do quadro da paciente:

¹⁰ Na décima versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) – manual classificatório utilizado pelos profissionais deste ambulatório – a categoria Transtorno de Estresse pós-traumático, neste manual, é a F43.1, pertencendo ao grupo F43 – “Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação.” Cf. WHO (1993).

“A Mariléia chega para mim nesse contexto. Chega para mim no consultório. Ela era camareira no hospital, não sei se é do [local do hospital], e ela começa a ter crises de pânico e ela chega num ponto que não consegue sair desacompanhada (...). E estava andando por [nome do bairro próximo] e ela passou muito mal e acabou chegando no consultório dessa forma. Quando ela vai para a médica, eles não incluem todos os CIDs que eu havia incluído no meu laudo (...). A médica começou a coagir ela dizendo que ela tinha que voltar (...). A médica era desse hospital.”

Fernando diz que incentivou a paciente e seu companheiro a entrarem na Justiça. A paciente resume sua vida numa frase: “Uma vida de injustiça”. Nas palavras de Fernando: “Ela veio para falar que eu não tinha ideia de como era viver num barracão. (...) O filho rompe com ela. Ela me mostra as mensagens (...) super agressivo, dizendo que ela não serve para nada (...) que não ia ver o neto. E isso tudo vai agravando mais a situação”. Teresa completa: “É muito sofrido mesmo”. Fernando acrescenta: “Não é uma pessoa que fica reclamando de qualquer coisa. (...) Ela tentou de fato voltar para o trabalho, mas não conseguiu”.

Considerações finais

Numa altura em que o número de brasileiros mortos ultrapassa a faixa de 580.000¹¹, com mais de um ano de pandemia (data em que escrevo isso), finalizamos a presente discussão ainda com uma das falas de uma profissional do ambulatório. Sobre os casos recebidos em sua equipe e, de algum modo, em consonância com algumas discussões encontradas na literatura até o presente momento (Birman 2020; Berardi 2020; Bonet 2020), Carla, psicóloga e coordenadora, me diz: “O trauma já está presente, né? Mesmo que não nomeadamente, está presente. Eu faço uma inferência de que a gente vai ouvir muito isso daqui pra frente com as pessoas se referindo à pandemia”. Para ela, essas pessoas que estão buscando tratamento no ambulatório “são pessoas que nos procuram e que dizem: *Eu não tinha nada. Depois desse período de pandemia, fiquei muito presa em casa e aí não só fiquei muito presa, perdi o contato com pessoas importantes. Perdi...*”. E completa: “São várias situações diferentes, mas que são especificamente relacionadas à pandemia. *É isso que faz isso acontecer e por isso eu me sinto assim*”. Ainda que os casos já estejam chegando, ela “prevê” que uma parcela importante,

¹¹ Para ser mais exato, no momento da submissão deste texto, em 08/09/2021, havia 583.628 mortos por Covid-19, segundo dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde (Coronavírus, 2021).

especificamente ligada à pandemia, ainda não chegou: “Já chega assim, mas eu acho que ainda vai chegar mais (...). As pessoas procurarão a gente daqui a um tempo dizendo *estou vindo aqui porque eu tô traumatizada com a experiência da pandemia*, seja pela perda de alguém ou mesmo pelo fato de ter ficado isolado muito tempo”. E acrescenta: “Ou pelo fato de ter acompanhado muito de perto as situações e ter ficado traumatizado com as notícias, mesmo que não tenha tido uma perda próxima. Eu tenho a impressão de que a gente vai ter isso lá na frente.” Fiquemos atentos, portanto, aos próximos desafios que ainda estão por vir.

Referências

- BERARDI, Franco. 2020. “O enigma do beijo: o distanciamento pandêmico na evolução psíquica do gênero humano”. *4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde*. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=K6zlgwpLH_M. Acesso em 03 abr. de 2021.
- BIRMAN, Joel. 2020. *O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- BONET, Octavio. 2021. “La sociedade del espanto: mallas de vidas em cuarentena”. *Horizonte antropológico*, Porto Alegre, 27(59):147-163.
- CORONAVÍRUS Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 set. de 2021.
- DAS, Veena. 1995. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*. Nova York: Oxford University Press.
- ESTRELA, Fernanda. et al. 2020. “Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9): 3431-3436.
- LATOUR, Bruno. 2005. *Reassembling the social: an introduction to actor-network theory*. Oxford: Oxford University Press.
- MBEMBE, Achille. 2018. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições.
- MBEMBE, Achille. 2020. “Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da “necropolítica””. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 30/03/2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>. Acesso em: 24 set. de 2020.
- SANTOS, Mpados. et al. 2020. “População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde”. *Estudos Avançados*, 34(99):225-243.

SEGATA, Jean. 2021. “A Covid-19 e suas múltiplas pandemias”. *Horiz. Antropol*, 27(59):7-25.

SOUZA, Flávia.; MEDEIROS, Thamires; MENDONÇA, André. 2020. “‘Eu não posso respirar’: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(3):1-10.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director – General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em 03 ago. de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1993. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. Genebra: World Health Organization.