

Sofrimento psíquico no contexto da pandemia por COVID-19: impressões durante a Residência de Medicina de Família e Comunidade

Psychic suffering in the context of the COVID-19 pandemic: impressions during the Family and Community Medicine Residency

Aline Amorim Machado

Médica, com residências em Medicina de Família e Comunidade e Clínica Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: alineamorimac@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9270-4560

Carmen Verônica Barbosa Almeida

Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela Universidad John Kennedy (Argentina); Docente no curso de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: almeidacvb@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0907-157X

Valéria Cristina Silva de Oliveira

Psicóloga, Mestre pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS); Docente no curso de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: valerapsico_@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-5252-850X

Contribuição dos autores: AMM vivenciou a experiência relatada e fez a redação do relato de experiência. CVBA e VCSO fizeram a revisão crítica do relato de experiência. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 28/04/2023

Aprovado em: 29/11/2023

Editor responsável: Stephany Yolanda Ril

Resumo: Objetivo: Apresentar impressões acerca do sofrimento psíquico no contexto da pandemia por COVID-19, durante a Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Experiência:** Na Atenção Primária à Saúde, são ouvidas e auxiliadas pessoas com seus diversos problemas de saúde, dentre eles os de saúde mental. Assim, durante a Residência de Medicina de Família e Comunidade, em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB, foram observadas demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, decorrente da pandemia por COVID-19. Devido à alta infectividade e morbimortalidade do COVID-19, houve mudanças no processo de trabalho da unidade e na rotina dos atendimentos. Foi também observada a ocorrência do agravamento do estado de saúde mental dos pacientes e profissionais da unidade. **Conclusão:** A pandemia por COVID-19 revolveu o mundo e seu modo de viver. Não seria diferente com a Residência de Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde, que sentiu mudanças também no campo da saúde mental, na qual foi gerado ou agravado o sofrimento psíquico nos usuários e profissionais da saúde.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária À Saúde; Saúde mental; COVID-19; Residência Médica.

Abstract: Objective: To present impressions about psychic suffering in the context of the COVID-19 pandemic, during the Family and Community Medicine Residency. **Experience:** In Primary Health Care, people with their various health problems are heard and assisted, including mental health. Thus, during the Family and Community Medicine Residency, in a Family Health Unit in João Pessoa-PB, there were demands related to psychic suffering, resulting from the COVID-19 pandemic. Due to the high infectivity, morbidity and mortality of COVID-19, there were changes in the unit's work process and in the routine of care. It was also observed the occurrence of the worsening of the mental health status of the patients and professionals of the unit. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic has upended the world and its way of life. It would not be different with the Residency in Family and Community Medicine and Primary Health Care, This also felt changes in the field of mental health, in which psychic suffering was generated or aggravated in users and health professionals.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Mental health; COVID-19; Internship and Residency.

INTRODUÇÃO

Com a Lei nº 8.080, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a existir no Brasil desde 1990, com os seguintes objetivos: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular uma política de saúde que promova a redução de riscos de doenças e de outros agravos, nos campos econômico e social, e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços; dar assistência às pessoas pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas¹.

O SUS é regido por princípios que são: a universalização, a equidade e a integralidade. Quanto à universalização, o governo tem o dever de provê-la, uma vez que a saúde é um direito de todo cidadão, e a universalização garante que os serviços de saúde devam ser ofertados a todas as pessoas, independente de cor, sexo ou outras características pessoais. Quanto ao segundo princípio, a equidade mostra que todos devem ser tratados diferentemente, investindo mais onde há maior carência e assim diminuindo as desigualdades. Já o terceiro princípio, a integralidade, vem para atender a todas as necessidades das pessoas integrando as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, além de conferir a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma intersetorialidade que repercute na saúde e qualidade de vida da população².

O SUS possui três níveis de complexidade de atenção à saúde: o primário, o secundário e o terciário. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a principal porta de entrada da rede de atenção, em que o usuário tem acesso ao atendimento de saúde com resolutividade e, ao mesmo tempo, direcionando, caso necessário, o paciente para outro setor de maior complexidade. O secundário e o terciário fazem parte da atenção especializada, composta pelos ambulatórios de especialidades, UPAs e hospitais³. Além disso, na APS, os profissionais da saúde se localizam perto da população, tendo um território por responsabilidade, usufruindo da

continuidade do cuidado com a população e centrando este cuidado na pessoa, de forma multiprofissional.

A APS possui como processo de trabalho: a definição do território; a realização de atividades de atenção à saúde direcionadas às demandas do seu território; dar atenção integral; fazer o acolhimento com escuta qualificada; realizar a atenção à saúde não apenas na Unidade de Saúde da Família (USF), mas em domicílio e outros locais da área; desenvolver ações para os grupos de risco e ações educativas⁴.

A APS abrange o atendimento de todas as áreas da Saúde, dentre elas, a saúde mental. Na APS, são ouvidas e auxiliadas pessoas com seus diversos problemas de saúde, como acompanhamento de hipertensos, diabéticos, pré-natal, atendimento de casos agudos de várias patologias, entre outros. Neste contexto, observaram-se demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, decorrente da pandemia por COVID-19.

Ao final de dezembro de 2019, foi descoberto um novo vírus, o SARS-CoV-2, cujos primeiros casos diagnosticados foram na cidade de Wuhan, na China, onde passou a infectar pessoas. Desde então, a COVID-19, como passou a ser chamada sua patologia, teve rápida proliferação mundial, sendo detectado o primeiro caso no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. A partir de março do mesmo ano foi decretada situação pandêmica pela OMS^{5,6}.

Neste contexto da pandemia por COVID-19, a APS teve importante papel na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS⁷. Com sua função de porta de entrada, avaliou inúmeros pacientes (dentre eles os sintomáticos respiratórios), diagnosticou e tratou síndromes gripais e outras patologias relacionadas ao contexto (como as da saúde mental); promoveu a saúde com as orientações para prevenção; vacinou contra a COVID-19; e referenciou pacientes para a atenção especializada, quando necessário, através dos encaminhamentos. Porém, seu papel de ordenadora da RAS foi impactado mediante a reestruturação do processo de trabalho para atender a demanda⁷.

Após ser decretada uma pandemia, as populações do mundo todo precisaram se recolher em suas casas e realizar um distanciamento social afim de diminuir a proliferação do COVID-19. Diante deste contexto, além da doença em si, outras patologias se afloraram, como as relacionadas à saúde mental.

Ao atender as pessoas com demandas de saúde mental, na APS, há a possibilidade da identificação dos transtornos mentais precocemente, acompanhamento de transtornos comuns, referenciar quando necessário, e fazer a prevenção e a promoção, tendo grande importância a continuidade do cuidado, fortalecendo a relação médico-paciente e melhorando o tratamento deste. Ainda, dentre as razões para integração entre a APS e a saúde mental, estão a conexão dos problemas físicos e mentais, o aumento ao acesso, a disponibilidade e custo-efetividade, e promoção dos direitos humanos⁸.

No âmbito da saúde mental, é importante salientar que sofrimento psíquico é uma dificuldade emocional que apresenta sintomas psicológicos e físicos, “caracterizado por sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, como dor de cabeça, dor abdominal, tosse ou fraqueza.”⁹

Diante deste contexto, o presente trabalho teve como objetivo apresentar impressões acerca do sofrimento psíquico no contexto da pandemia por COVID-19: um relato de experiência na Residência de Medicina da Família e Comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, vivenciado nos dois anos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), compreendidos de março de 2020 a fevereiro de 2022, ou seja, durante a pandemia da COVID-19, com prática médica realizada na USF Integrada Caminho do Sol, na equipe Valentina IV, localizada em João Pessoa-PB. As impressões da experiência vivenciada no dia a dia foram registradas num diário observacional. Este estudo obedeceu às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde,

não sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que se trata de um relato de experiência.

Para iniciar as atividades da Residência no serviço, houve algumas reuniões entre os residentes, a coordenação da residência médica e professoras, orientações no Distrito Sanitário III, com funcionários deste local e na USF de destino com a enfermeira da equipe e a preceptora.

A dinâmica de atendimentos na APS é constituída de atendimento multiprofissional em saúde (pelo menos médico e enfermeiro, quando na sua forma mais básica), com acolhimento, consulta e visita domiciliar, quando necessário. A rotina de atendimentos é constituída de oito turnos, tendo um para pré-natal, um para visitas domiciliares, um para reuniões e os outros para demanda livre. Porém, com o advento da pandemia, as reuniões foram suspensas e retornaram apenas quando diminuiu o número de casos de COVID-19. As visitas domiciliares foram reduzidas temporariamente, a casos extremamente necessários, como por exemplo, a pacientes com suspeita de pneumonia, mantendo-se suspensas visitas aos grupos de idosos.

Por conta da pandemia, houve uma divisão do fluxo de atendimentos, cujas consultas aconteciam em um local isolado para os sintomáticos respiratórios, e os médicos se revezavam na assistência, através de escala. Os demais pacientes eram atendidos por outro médico da equipe da USF integrada. A realização da triagem dos sintomáticos respiratórios foi suspensa pelo acolhimento das equipes, e assim permaneceu até meados de setembro/2020, quando os atendimentos de demanda livre voltaram a ser feitos por suas respectivas equipes, com seus acolhimentos, e manteve-se o atendimento aos sintomáticos respiratórios de forma isolada.

Essas modificações no fluxo de atendimentos foram baseadas no Guia de orientações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19: orientações voltadas à rede de atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis/SC¹⁰, versão de 15 de março de 2020, publicada pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Já as condutas adotadas nas consultas com sintomáticos respiratórios seguiram os Protocolos de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na APS do Ministério da Saúde¹¹ (publicado em 2020,

desde o primeiro em março e suas seguintes atualizações) e o Protocolo de manejo da COVID-19 para Atenção Básica¹², publicado pelo município de João Pessoa - PB em 21 de maio de 2020.

A residência médica foi constituída de um turno semanal de aulas teóricas, atendimentos na USF com supervisão de um preceptor, estágios de ambulatorios de especialidades na clínica escola (estes suspensos temporariamente) e participação no serviço de telemedicina do município.

RESULTADOS

Devido à alta infectividade e morbimortalidade do COVID-19, até 10 de março de 2023, no mundo, foram 676,6 milhões de casos no mundo, com 6,9 milhões de óbitos; no Brasil, ocorreram 37 milhões de casos e 699,3 mil mortos¹³. Esta triste realidade impôs, assim, modificações e limites na rotina da população, mas também afetou fortemente o estado psicológico de pessoas híidas ou acometidas por patologias psiquiátricas, de forma semelhante ao que já ocorreu em outras pandemias e epidemias, como as da peste bubônica (século XIV), da varíola (século XVI-1980) e da gripe espanhola em 1918^{14,15}.

O enfrentamento dessa situação de saúde pública trouxe mudanças efetivas nos processos de trabalho e na forma de cuidar. Foram muitos fatores a serem superados exatamente durante a minha vivência na Residência de Medicina de Família e Comunidade, que se deu concomitante com a pandemia por COVID-19.

I Mudanças no processo e fluxo de trabalho na UBS

Com a pandemia, houve algumas modificações ao processo de trabalho das equipes de trabalhadores da USF integrada. Esta é composta por gerente, auxiliares de limpeza, vigia, farmacêutico e três equipes de saúde da família, integradas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, recepcionista e agentes comunitários de saúde. Esta mudança foi instigada pela Secretaria Municipal de Saúde através da gerente, para que a própria USF pudesse executar, com total liberdade, de acordo com sua dinâmica.

Através de reuniões houve uma divisão do fluxo de atendimentos, passando a ter um local isolado para espera dos usuários sintomáticos respiratórios (USR) e outro para as consultas com eles, onde através de uma escala os médicos se revezavam na assistência. E os outros pacientes eram atendidos por outro médico da USF integrada que estivesse no setor de demanda livre, mas dando preferência a ser consultado pelo médico da sua equipe.

Assim, a escala dos médicos era geralmente composta por um médico atendendo os sintomáticos respiratórios e dois atendendo a demanda livre, dependendo se era turno de folga ou não de algum deles. As técnicas de enfermagem fizeram rodízio para estarem na medição dos sinais vitais dos sintomáticos respiratórios, na triagem da demanda livre e na vacina. As enfermeiras ficavam na triagem dos USR e na vacina, com exceção de uma enfermeira idosa que ficou no atendimento de demanda livre da sua equipe no lugar da sua médica afastada. A divisão dos pacientes com sintomáticos respiratórios ou não era orientada pela recepção e pela enfermagem.

As seguintes modificações também foram feitas e permaneceram até meados de setembro/2020: suspensão do acolhimento e da escuta qualificada das equipes, para poder dar lugar à triagem dos USR; os atendimentos de demanda livre eletivos, como verificação de exames e consultas de rotina, eram incentivados a serem procurados posteriormente; as reuniões foram suspensas; as consultas de pré-natal ficaram com maiores intervalos para o retorno; e as visitas domiciliares só ocorriam se houvesse gravidade do quadro clínico.

A partir de outubro/2020, tudo retornou ao que era antes, com a manutenção dos atendimentos aos sintomáticos respiratórios de forma isolada até fevereiro/2022, quando voltaram a ser atendidos nas suas equipes.

Essas modificações foram feitas a partir de reuniões lideradas pela preceptora de Medicina de Família e Comunidade e embasadas no Guia de orientações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19: orientações voltadas à rede de atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis/SC¹⁰, versão de 15 de março de 2020, para direcionar o processo de trabalho e o fluxo de pacientes.

Esse guia aborda sobre dispor de máscaras cirúrgicas para os USR, ter um profissional na entrada para identificar os USR, ter um espaço para os USR esperarem por atendimento e uma sala exclusiva para seu atendimento; enfatiza que deve ser organizada uma escala de médicos ou enfermeiros para atender os USR, indica o uso de cartazes para incentivar o uso de máscaras pelos USR; que é preciso garantir maioria da agenda médica e de enfermagem para consultas em demanda espontânea (cancelando as consultas e visitas eletivas e mantendo as de maior risco, e cancelando as reuniões de planejamento); o que se deve fazer quando confirmar um caso suspeito de COVID-19 (notificar, e caso seja leve orientar ficar em domicílio), e orientar a prevenção a todos os pacientes¹⁰.

Com relação ao atendimento de pacientes com síndrome gripal, as condutas tomadas foram seguidas por Protocolos de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na APS do Ministério da Saúde¹¹ à medida que eram publicados, e o Protocolo de manejo da COVID-19 para Atenção Básica¹², publicado pelo município de João Pessoa - PB em 21 de maio de 2020. Com o auxílio deles, os profissionais passaram a conhecer o conceito de síndrome gripal, quais EPIs são para os pacientes e quais EPIs os profissionais deveriam usar, como classificar o paciente, sobre os testes disponíveis naquele momento, e quando encaminhar o paciente e o que prescrever^{11,12}.

II O contexto pandêmico e a saúde mental da população e dos profissionais da UBS

O estresse, o medo e a preocupação tomaram conta da população brasileira, devido à pandemia por COVID-19. Foi observada a ocorrência do agravamento do estado de saúde mental de vários pacientes que frequentam a USF, com piora da ansiedade e depressão, o que pode constatar no dia a dia.

Na pandemia, algumas medidas foram tomadas para contenção da doença, são elas: distanciamento social, isolamento e quarentena. O distanciamento social consiste em limitar o contato próximo entre as pessoas para diminuir a transmissão de uma doença¹⁶. O isolamento separa as pessoas doentes das saudáveis, sendo realizado em domicílio ou ambiente hospitalar¹⁷. A quarentena

é a restrição de atividades ou separação de pessoas sadias (temporariamente ou não) que foram expostas a pessoas doentes¹⁷.

A pandemia trouxe a necessidade do distanciamento social e do isolamento como medidas preventivas, por causa dos quais aumentaram o sofrimento psíquico dos usuários, pois se afastaram do convívio com outras pessoas, familiares e amigos, limitando as saídas para lazer e atividade física.

Além disso, o distanciamento social também trouxe modificações para a educação com o ensino à distância, dando a obrigação para muitos pais de estarem constantemente ao lado de seus filhos durante as aulas *online*, caso contrário, os filhos os abandonariam, gerando estresse como visto em usuários da USF.

Constatou-se nos usuários que a pandemia aflorou também nas pessoas o sentimento de medo: medo da morte de si próprio ou dos seus familiares, amigos e conhecidos; e medo do contágio. Já no início da pandemia, apenas serviços considerados essenciais foram mantidos, gerando assim problemas financeiros para muitos, dentre eles o fechamento de lojas, o desemprego e a diminuição de renda. Tais situações contribuíram para sofrimento psíquico nesta pandemia. No ambulatório da saúde da família, observou-se a má influência da mídia e das redes sociais sobre o estado psicológico dos pacientes, espalhando pânico com notícias pessimistas ou *fake news*.

Frente a todos estes problemas citados, a população buscou os serviços de saúde, inclusive o SUS, para solucionar seu estado de apreensão e desestabilização. Porém, com a experiência vivenciada, a residente constatou fragilidade na assistência em saúde mental no SUS, ao observar a demora ou inexistência da marcação de consultas com especialistas, neste caso, principalmente da psiquiatria e psicologia, resultados de encaminhamentos, situação que antes existia e no momento se agravou, e a diminuição de profissionais atuando na pandemia.

A residente também observou as causas administrativas no SUS, com déficit no fornecimento de medicamentos controlados, frequentemente ausentes nas farmácias das policlínicas municipais ou no local de liberação de alto custo.

Já em relação à saúde mental dos profissionais da UBS (estando dentre eles os residentes de MFC) foram observados por mim sintomas de sofrimento psíquico como irritabilidade e estresse. Enquanto pessoas de outras profissões podiam se afastar de seus trabalhos, como profissionais da saúde, nós vivemos o medo do nosso contágio e de nossos familiares, por estarmos em um local com pacientes com COVID-19. Estas apreensões foram compartilhadas em momentos de sociabilização da equipe e dos residentes.

DISCUSSÃO

De acordo com Ramos e da Silva¹⁸, mudanças no processo e fluxo de trabalho na UBS foram necessárias por causa da pandemia por COVID-19. O mesmo ocorreu em uma USF do Rio de Janeiro, o que corrobora com o presente estudo. De acordo com os autores, por um decreto municipal, foi suspensa a maioria das consultas agendadas (como as de hipertensão, clínica médica e coleta de citopatológico), e permaneceram apenas as de pré-natal, puericultura e imunização. Além disso, a equipe ficou voltada para o atendimento de síndromes gripais e casos urgentes, assim como ocorreu na USF em que atuei.

Os autores relatam também que o município do Rio de Janeiro não elaborou qualquer protocolo ou fluxo para orientação do atendimento ou treinamento para utilização de EPIs, ficando a cargo da equipe da APS organizar-se, semelhante à minha vivência na Residência, pois o município de João Pessoa só publicou um protocolo após dois meses de início da pandemia. Ramos e da Silva, em suas considerações finais, citam que a pandemia fragilizou o acompanhamento dos usuários na APS, facilitando o retorno de agravos outrora controlados, portanto, favoreceu o aumento de quadros agudos. Na nossa vivência, observou-se fato semelhante, uma vez que muitos pacientes deixaram de fazer seus atendimentos de rotina por causa da pandemia, com possibilidade de posterior descompensação.

Com as mudanças no processo de trabalho, houve um impacto na saúde mental das equipes da USF, gerando sobrecarga para vários profissionais, tanto para os que estavam na linha de frente contra COVID-19, quanto para os que estavam na demanda livre. Com os profissionais que estavam na linha de frente, isso ocorreu porque tinham que atender grande número de

peessoas por turno, pois não havia possibilidade de agendamento de pacientes e por estarem atendendo os sintomáticos respiratórios das três equipes da USF integrada.

Para os profissionais que ficaram nos atendimentos de demanda livre, havia dois sistemas: em uma equipe: a médica ficou afastada por ser idosa e hipertensa, portanto, e sua enfermeira, também idosa, a substituiu, com seu auxílio por telefone; no outro sistema, os médicos que não estavam atendendo aos sintomáticos respiratórios atendiam às duas outras equipes, uma delas com grande volume de pacientes e sem escuta qualificada, ou seja, sem filtro ou auxílio de consulta da enfermagem, já que elas ficaram na triagem dos sintomáticos respiratórios.

No caso específico da minha vivência, eu fiquei apenas nos atendimentos de demanda livre, por eu ser considerada de grupo de risco, já que não possuo o baço e, assim, diminuí minha proteção contra germes encapsulados (que podem estar presentes em uma coinfeção com COVID-19). Portanto, fui orientada por meu médico a não atender suspeitos de COVID-19, e assim, vivi também a sobrecarga na demanda livre.

Além disso, como foi citado nos resultados, foram observados sintomas de sofrimento psíquico na equipe da USF, nos residentes de MFC e em mim (como membro da equipe e residente de MFC), tais como: irritabilidade, estresse e medo do contágio.

A residência de MFC sofreu abalos tanto no sentido de aumento da demanda de pacientes, piorando o aprendizado durante a consulta, quanto foram suspensos estágios ambulatoriais no início, mas foram repostos após melhora da pandemia.

Entre os infelizes desfechos dos casos de COVID-19, a enfermeira idosa da integrada faleceu. O dentista da equipe assumiu temporariamente algumas de suas funções, o que gerou insatisfação dos usuários. Sobre a perda, os profissionais ficaram bastante abalados, principalmente os de sua equipe e os que trabalhavam há mais anos na USF, pois ela trabalhou lá por muitos anos. Com o óbito da enfermeira, a médica idosa não conseguiu voltar para atender na USF, pois a considerava uma amiga.

Dentro desta temática, Miranda et al.¹⁹ fizeram uma revisão sistemática sobre sofrimento psíquico entre profissionais da enfermagem durante a pandemia por COVID-19. Nesta, foram selecionados 38 estudos, dos quais as causas de sofrimento psíquico mais relatadas foram:

“sobrecarga de trabalho, escassez ou ausência de equipamento de proteção individual, medo de se infectar, infectar outras pessoas e estar na linha de frente junto a pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19. Os sinais e sintomas de sofrimento psíquico mais encontrados foram ansiedade, depressão, insônia, estresse, estresse pós-traumático e medo”.

Mesmo com o adoecimento de profissionais, falecimento de uma colega de trabalho, sobrecarga no dia a dia, nós não tínhamos oportunidades para ficarmos abalados por muito tempo, pois, a cada dia, mais usuários chegavam à unidade para atendimento e tínhamos que cumprir nosso trabalho. Então cada um tentou contornar como pôde e não houve muita abertura sobre seus estados psíquicos junto aos colegas. Foram sentidos sobrecarga e cansaços físico e mental. Por mim, restava a nós apenas evitar a infecção nos prevenindo com máscaras, lavando as mãos, usando álcool, com distanciamento e oração.

Já em relação ao contexto pandêmico e a saúde mental da população, estudos sobre a pandemia de COVID-19 demonstraram relação com o sofrimento psíquico, assim como constatado na USF. Como mostram Czeisler *et al.*²⁰, nos EUA, em uma pesquisa com adultos no período de junho de 2020, na qual obtiveram que 40,9% dos entrevistados referiram pelo menos uma condição de saúde mental decorrente da pandemia por COVID-19; destes, 30,9% relataram sintomas de depressão ou ansiedade; 26,3% com sintomas de transtorno relacionado a trauma e estresse; 13,3% com início ou aumento do uso de substâncias; e 10,7% consideravam seriamente o suicídio.

Já outro estudo estadunidense²¹, somou 21% dos participantes com níveis clinicamente elevados de sintomas depressivos; 16,58% com sintomas de ansiedade generalizada elevada; e 5,38% com níveis elevados de sintomas de trauma; além de que 35,03% aumentaram o uso indevido de álcool. Uma pesquisa de 2020²² relatou um aumento de três vezes na prevalência de sintomas depressivos durante a pandemia nos EUA.

Do mesmo modo, num trabalho brasileiro²³, feito com mais de 45 mil entrevistados, de todas as regiões, foi constatado que, durante a pandemia por COVID-19, o sentimento frequente de tristeza ou depressão esteve em 40,4%, e a sensação de ansiedade e nervosismo em mais de 52,6%, além de iniciados distúrbios do sono em 43,5% e agravados em 48%. Tendo a prevalência destes sintomas principalmente entre adultos jovens, mulheres e pessoas já foram diagnosticadas com depressão.

Em relação ao distanciamento social e isolamento aumentarem os quadros de sofrimento psíquico, uma pesquisa²⁴ de 2020 demonstrou que os entrevistados que fizeram práticas de distanciamento social mais rígidas relataram maior sofrimento do que os outros. Ou seja, do grupo que referiu sair de casa menos de uma vez na semana, 76,9% das mulheres e 58% dos homens apresentaram sintomas clinicamente significativos, enquanto que no grupo que relatou sair mais de três vezes na semana essas proporções caíram para menos de 65% para mulheres e 44% para homens. Segundo a OMS²⁵, no primeiro ano da pandemia por COVID-19 aumentou 25% na prevalência de ansiedade e depressão no mundo, tendo como principal fator o estresse causado pelo distanciamento social.

De acordo com Wang *et al.*²⁶ em estudo realizado com 19.372 pessoas de 11 centros na China, apontam que 11 a 13,3% dos entrevistados apresentaram sintomas de ansiedade, depressão ou insônia e 1,9 a 2,7% tiveram sintomas graves. E, assim, a prevalência de problemas psicológicos e do sono obteve aumento.

Sobre o distanciamento social associado ao ensino à distância gerar estresse, Linhalis²⁷ expõe sobre o novo papel da família na educação dos filhos durante a pandemia, e que gerou como sentimentos: “dificuldades em exercer o papel de professor sem ter formação, impaciência, sentimento de fracasso, estresse, sobrecarga”.

Como sentimento aflorado na pandemia, a Fiocruz²⁸ incluiu o medo como uma das reações mais frequentes à pandemia por COVID-19. Em pesquisa realizada por Chakraborty e Chatterjee²⁹, 52,1% do público tinha preocupação com a contaminação e 21,1% pensavam repetidamente em

fazer o teste de COVID-19, mesmo sem sintomas. Já um artigo indiano³⁰ descreveu que mais de 80% dos entrevistados estavam preocupados com a COVID-19 e 37,8% sentia-se com paranoia sobre a aquisição da infecção.

Em relação aos problemas financeiros provocados pela pandemia, uma pesquisa argentina³¹ mostrou que o humor deprimido foi frequente entre indivíduos que enfrentaram o desemprego. Para um estudo brasileiro³² e outro chinês³³ ter renda diminuída no período foi um dos fatores para piora da saúde mental. Essa desestabilização emocional é gerada pelo desemprego e pela falta de renda, pois tanto as pessoas ficam sem saber como vão sustentar suas famílias, quanto a sociedade cobra certo poder aquisitivo para ter um status aceitável.

Sobre a má influência da mídia e redes sociais sobre o estado psicológico, as *fake news* provocaram fragilização e insegurança na população pois disseminam o terror, atribuindo falsos malefícios da vacinação, fazendo a população ficar desprotegida, assim como disseminavam falsas formas de prevenção a COVID-19, em detrimento do verdadeiro modo de prevenção (máscaras, higienização, vacinação).

A frequente exposição às redes sociais³³ e às informações sobre mortos e infectados³² tornou-se gatilho para sofrimento psíquico em pesquisas já citadas. Também na Índia³⁰, 36,4% dos entrevistados relacionaram mídia social à angústia durante a pandemia.

No tocante à dificuldade de acesso ao serviço especializado antes da pandemia, a UFRGS³⁴ expõe como causas: “o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica”.

Sobre os atendimentos da rede de saúde mental do SUS durante a pandemia, Ornell *et al.*³⁵ constataram que, nos primeiros seis meses, houve queda, sendo 28% nos atendimentos ambulatoriais e 68% nos atendimentos em grupo, o que aponta dificuldade no acesso ao atendimento especializado, seja por medo de ir às consultas, por falta de profissionais para consultar, seja para evitar aglomerações no caso das terapias de grupo.

Na diminuição do acesso aos especialistas, há também a redução de psicólogos no atendimento do SUS, através do antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), já que foi retirado seu custeio a partir do novo modelo de financiamento do SUS (Previne Brasil). Este determina que o atendimento multiprofissional está a cargo da decisão da gestão municipal e estadual, podendo também não existir.³⁶

A ausência dos medicamentos de controle especial fez com que os pacientes da minha USF tivessem que comprá-los ou substituí-los por outros mais baratos, que não têm boa eficácia, o que gerou um tratamento deficitário da enfermidade. Felizmente, com sacrifício, os pacientes conseguem comprar o mínimo necessário para o tratamento, porém, existem locais em que a população fica à mercê do fornecimento do SUS e há descontinuidade do seu tratamento. Reis e Perini³⁷ afirmaram que, nos últimos anos, os serviços de saúde estão sofrendo frequentes episódios de desabastecimento no fornecimento de medicamentos, e estes são multifatoriais envolvendo desde a matéria prima e o laboratório ao aumento da demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia por COVID-19 revolveu o mundo e seu modo de viver, não seria diferente com a APS. Esta, com sua função de estar próxima da população e de seu adoecer, sentiu mudanças também no campo da saúde mental, na qual foi gerado ou agravado o sofrimento psíquico nos usuários e profissionais da saúde, por meio do(a): distanciamento social, diminuição da renda, baixa qualidade das informações, além da dificuldade para conduzir-se estes pacientes na APS, pois há diminuição do acesso ao atendimento especializado e dos seus medicamentos no SUS.

Do mesmo modo, a residência de MFC passou por turbulências, desde suspensão de estágios ao aumento da demanda de pacientes, o medo de exercer a profissão e contrair a COVID-19; porém, deixou como frutos: a experiência do atendimento em meio a uma pandemia, o aprendizado de patologias com o auxílio da preceptoria (como a própria COVID-19, Parkinson, herpes zoster ocular, ...), o pensar no porquê antes de solicitar exames, a importância do atendimento multiprofissional, o aumento da capacidade de escutar e de consolar, a resiliência.

Deste aprendizado, tenho uma recomendação: não unir o atendimento não sintomático respiratório de mais de uma equipe de uma USF integrada, tanto por aumento do volume, quanto por falta da continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; [citado 29 ago 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Sistema Único de Saúde; 2022 [citado 30 ago 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
3. Yohana V. Sanar [Internet]. Os três níveis de atenção à saúde; 22 jun 2021 [citado 28 set 2022]. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/os-tres-niveis-de-atencao-a-saude-colunistas>
4. Brasil, Ministério da Saúde. Fiocruz [Internet]. PNAB; [citado 1 jul 2021]. Disponível em: https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/PNAB_40_43.pdf
5. BBC News Brasil [Internet]. 1 ano de covid no Brasil: o que não sabíamos e aprendemos - BBC News Brasil; [citado 23 nov 2021]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56201178>
6. Brasil. UNA-SUS [Internet]. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus; 11 mar 2020 [citado 9 maio 2021]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>
7. Lima M. A importância da Atenção Primária como Coordenadora do Cuidado e Ordenadora de Ações e serviços na RAS [Internet]. [citado 18 set 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/8965_palmas/palmas_importancia_aps_ras.pdf
8. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Rev Interface [Internet]. 2015 [citado 1 jul 2021];19(55). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LBVxWYCLX8tCVPB3jkJSCGQ/?lang=pt&format=pdf>
9. Bezerra CM, Assis SG, Constantino P. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 Jun [citado 22 ago 2023];21(7). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QPHfzKlf87DFPkxRgxZsNRd/#>
10. UFSC [Internet]. Guia de orientações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19: orientações voltadas à rede de atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis/SC; 15 mar 2020 [citado 20 abr 2022]. Disponível em: https://coremu.paginas.ufsc.br/files/2020/03/GUIA-DE-ORIENTAÇÕES_APS_versão-2_15mar2020.pdf
11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul [Internet]. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde; abr 2020 [citado 17 abr 2023]. Disponível

em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>

12. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Protocolo de manejo da COVID-19 para Atenção Básica. João Pessoa: [editor desconhecido]; maio 2020.
13. Johns Hopkins University & Medicine [Internet]. COVID-19 Dashboard; [citado 19 abr 2023]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
14. Montero FP, Saveca PT, Tembe VA. Depressão, ansiedade e stress: efeitos psicológicos do distanciamento social em Moçambique. Rev Integrativa Inovacoes Tecnol Cienc Saude [Internet]. 2021 [citado 5 jun 2021];6:56-82. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1937>
15. Unifesp. Telessaúde São Paulo [Internet]. A história das pandemias; 2021 [citado 5 jun 2021]. Disponível em: <https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/dno/opiniaio/231-a-historia-das-pandemias>
16. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Guia de vigilância epidemiológica COVID-19; 2022 [citado 16 ago 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2021/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19-3.pdf/view>
17. Brasil. Telessaúde RS [Internet]. Qual a diferença entre distanciamento físico, isolamento e quarentena? 2022 [citado 16 ago 2022]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-a-diferenca-de-distanciamento-social-isolamento-e-quarentena/>
18. Ramos TC, da Silva TF. O trabalho na Atenção Primária em Saúde e a pandemia por Covid-19: um relato de experiência. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [citado 7 ago 2022];10(3). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13396/12098/176448>
19. Miranda FB, et al. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: scoping review. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2021 [citado 12 ago 2022];25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zDJ3GbRydMdVkhCR7P4xpxL/>
20. Czeisler MÉ, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24–30, 2020 [Internet]. United States of America; ago 2020 [citado 2 maio 2022]. Morbidity and Mortality Weekly Report. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm>
21. Sherman AC, Williams ML, Amick BC, Hudson TJ, Messias EL. Mental health outcomes associated with the COVID-19 pandemic: Prevalence and risk factors in a southern US state. Psychiatry Res [Internet]. 2020 [citado 2 maio 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513769/>
22. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. JAMA Netw Open [Internet]. Set 2020 [citado 9 maio 2022];3(9). Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770146>
23. Barros MB, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2020 [citado 26 maio 2021];29(4). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020427>

24. De Mendonça RO, De Almeida MM, Barroso TG, Viana NJ, Maximino C. COVID-19, social isolation, and psychological distress in a Brazilian sample. *PsyArXiv* [Internet]. 2020 [citado 7 maio 2022]. Disponível em: <https://psyarxiv.com/f942w>
25. World Health Organization [Internet]. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide; 2 mar 2022 [citado 3 maio 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
26. Wang S, et al. Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: a nationwide multicenter cross-sectional study. *Eur Psychiatry* [Internet]. 28 ago 2020 [citado 9 maio 2022];63(1). Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journal/europeanpsychiatry/article/psychological-distress-and-sleep-problems-when-people-are-under-interpersonal-isolation-during-an-epidemic-a-nationwide-multicenter-cross-sectional-study/3C93684ED20FEAFE19BF232EC096D76E>
27. Linhalis F. Famílias, o que vocês têm feito para ajudar no ensino das suas crianças durante a pandemia? *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 [citado 7 maio 2022];10(4). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14319/12881/187481+∓cd=7&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
28. Brasil, Ministério da Saúde. Fiocruz Brasília [Internet]. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações gerais; [citado 30 ago 2022]. Disponível em: <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>
29. Chakraborty K, Chatterjee M. Psychological impact of COVID-19 pandemic on general population in West Bengal: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 2 maio 2022];62(3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7368440/>
30. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 [citado 10 maio 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283510/>
31. Alomo M, Gagliardi G, Pelocche S, Somers E, Alzina P, Prokopez CR. Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. *Rev Fac Cienc Medicas Cordoba* [Internet]. 2020 [citado 15 ago 2021];77(3). Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28561>
32. Duarte MD, Santo MA, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Set 2020 [citado 9 maio 2022];25(9). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ghSHWNYkP6gqJm4LQVhkB7g/?lang=pt>
33. Lu P, Li X, Lu L, Zhang Y. The psychological states of people after Wuhan eased the lockdown. *Plos One* [Internet]. 2020 [citado 10 maio 2022];15(11). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241173>
34. Brasil, Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada: Endocrinologia e Nefrologia; 2015 [citado 16 maio 2022]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf

35. Ornell F, et al. The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2021 [citado 16 maio 2022]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X\(21\)00057-0](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X(21)00057-0)

36. Brasil, Ministério da Saúde. Fiocruz [Internet]. Saúde da família perde modelo do NASF; 2020 [citado 16 maio 2022]. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>

37. Reis AM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. 2008 [citado 17 maio 2022];13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kzcSdvPjQWWmXcBHgXKxNgc/?lang=pt>