

# Impactos para a saúde mental de profissionais da saúde no enfrentamento à pandemia em Santa Catarina

Priscila Pavan Detoni  
Eliana E. Diehl  
Marcia Grisotti  
Maria Conceição de Oliveira  
Daniel Granada

A pandemia de covid-19 se inscreve nos registros político, social, econômico, cultural, médico, científico e ético. Foi um período que produziu incertezas nos processos de subjetivação, acelerando efeitos de mal-estar, precarização das relações, imediatismo, ressentimento social, político e científico. Isso teve desdobramentos psíquicos inquestionáveis (Birman, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) já anunciava que 2020 seria o ano marcado pela depressão e que esta seria a doença que geraria maior afastamento do trabalho. Contudo, o índice de desemprego e o desalento causado pela pandemia nem possibilitaram que esse número fosse registrado de forma fidedigna, principalmente no Brasil, onde os institutos de pesquisa foram desinvestidos pelo Governo Federal de então.

Nesse cenário, apresentamos parte de um estudo que analisou o impacto da pandemia do coronavírus nos/nas profissionais de saúde no estado de Santa Catarina, com foco na saúde mental.<sup>114</sup> A saúde mental

---

<sup>114</sup> Esta pesquisa integrou a Rede Covid-19 Humanidades, a partir de encomenda do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (Convênio Ref. 0464/20 FINEP/UFRGS), e tem por objetivo avaliar o impacto e produzir respostas à epidemia do coronavírus (SARS-CoV-2) entre profissionais de saúde, grupos vulneráveis e a população em situação de isolamento social, visando a subsidiar ações no enfrentamento da doença e considerando as implicações científicas, sociais, políticas, históricas e culturais da pandemia. A pesquisa trabalhou com abordagens de diferentes áreas das ciências sociais e humanas, envolvendo

é aqui entendida a partir de um conceito complexo e historicamente influenciado por contextos sociopolíticos e pela evolução de práticas em saúde. O termo “bem-estar”, presente na definição da OMS, é componente fundamental do conceito de saúde mental, o qual é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura, delimitado pelo que se considera uma capacidade de lidar com os fatores estressores do cotidiano, de poder trabalhar produtivamente e de contribuir para sua comunidade. Apesar de a definição de saúde mental ser objeto de diversos saberes, prevalece ainda um discurso psiquiátrico normativo, que a define em oposição à loucura e a partir de diagnósticos de transtornos mentais nos manuais vigentes.

Baseamo-nos, aqui, no paradigma da Reforma Psiquiátrica, em que o sujeito pode ter saúde mental e bem-estar mesmo sendo portador de sofrimentos psíquicos, uma vez que recebe cuidado e pode exercer sua cidadania. Esse paradigma é seguido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que concebe um conceito ampliado de saúde e inclui em suas prioridades o cuidado à saúde mental, levando em consideração as condições de vida, ambientais, relacionais e de trabalho dos sujeitos (Gaino *et al.*, 2018).

Apesar de a pandemia de covid-19 se tratar de um fenômeno de escala global, é nas conjunturas locais e regionais que o vírus se propaga. Profissionais de saúde vivenciaram e ainda vivenciam fatores estressores ao longo dos quase três anos de pandemia: aumento súbito das demandas e da periculosidade do trabalho, associado com o risco expressivo de ser infectado/a e reinfectado/a, de adoecer e/ou de morrer; possibilidade de infectar pessoas próximas; sobrecarga de trabalho e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas e atender todas as pessoas que necessitavam; afastamento de família e amigos/as (Schmidt *et al.*, 2020). Além disso, a disponibilidade ou não de equipamentos de proteção individual (EPI), o sofrimento dos/as infectados/as, entre eles/as os/as próprios/as colegas de trabalho, bem como as incertezas relacionadas com os tratamentos, tornaram o advento da pandemia um evento traumático para essas pessoas, especialmente antes do processo de vacinação.

Mesmo sendo profissionais de saúde que atuam nas rotinas dos hospitais, essas pessoas não foram treinadas e preparadas para lidar com esse tipo de evento. Entre os relatos coletados, muitos/as profissionais

---

institutos e universidades de diversas regiões do Brasil, com o objetivo de produzir conhecimentos que permitam compreender os impactos da pandemia no nosso país.

destacaram a longa duração das internações, o sofrimento das famílias, os protocolos sanitários que desumanizam o cuidado dos/as infectados/as, as incertezas e mudanças dos protocolos e prescrições de prevenção e tratamento ao longo do decorrer pandêmico. Esses fatores foram vistos como estressores no ambiente de trabalho.

Esse contexto desencadeou sintomas de ansiedade, depressão e estresse, relatados também em outros países (Bao *et al.*, 2020), especialmente quando se tratava daqueles/as que trabalhavam na chamada “linha de frente”, ou seja, em contato direto com pessoas que foram infectadas pelo vírus, principalmente nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e nos acolhimentos de diversas demandas na Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar de os relatos dessas experiências serem individuais, eles refletem uma situação de estresse coletivo gerado por mudanças abruptas impostas pelas normas de segurança sanitária que buscavam conter a propagação do contágio pelo vírus. Assim, apesar da singularidade das experiências individuais, podemos afirmar que estamos diante de um “fato social total”, de um fenômeno que se impôs a nós com uma força coercitiva da qual não pudemos escapar.

Em estudo realizado na China, país em que o vírus teve suas primeiras manifestações, uma proporção significativa de profissionais relatou sofrimento psíquico (70%), envolvendo sintomas como insônia, depressão e ansiedade. Destacaram-se entre profissionais da saúde os sentimentos de vulnerabilidade ou perda de controle, preocupação com a própria saúde, da família e de outras pessoas, disseminação do vírus, mudanças no trabalho e isolamento social decorrente das medidas de prevenção (Lai *et al.*, 2020).

Outro estudo, realizado com enfermeiros/as que atuaram na pandemia, identificou que houve o desenvolvimento de estresse pós-traumático, má prestação dos serviços, ideação suicida e suicídio (Chidiebere; Tibali; La Torre, 2020). Machado e colegas (2023) destacam que o impacto da pandemia na força de trabalho em saúde em todo o mundo demanda analisar as condições de trabalho e saúde mental dos/as profissionais no contexto da covid-19 no Brasil. O impacto na saúde mental não aconteceu exclusivamente para os/as trabalhadores/as que atuaram em ambientes hospitalares. Em estudo que buscou conhecer esses impactos em médicos/as que realizam residência em medicina da família e comunidade, foi identificado que 50% dos/as profissionais passaram a apresentar algum sintoma de sofrimento psicológico, como

ansiedade e depressão, correlacionado com o medo da covid-19 (Lobo; Almeida; Cabral, 2022).

A partir de narrativas, nosso objetivo é descrever os impactos causados pela pandemia na saúde mental e nas relações sociais de profissionais de saúde, bem como as estratégias de enfrentamento aos seus sofrimentos. Nos anos de 2020 e 2021, foram realizadas 29 entrevistas aprofundadas, com um total de 23 participantes (alguns/umas foram entrevistados/as em dois momentos), por meio virtual, em diferentes períodos da pandemia, com interlocutores/as-chave – gestores/as, profissionais de saúde (médicos/as, fisioterapeutas, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, psicólogos/as, farmacêuticos/as) – da capital e do interior de Santa Catarina (SC).<sup>115</sup> No município de Florianópolis, foram entrevistados/as 11 profissionais do serviço (nove mulheres e dois homens) e cinco da gestão (duas mulheres e três homens). Entre os/as profissionais do serviço, quatro atuavam na APS, e os/as demais, no nível hospitalar; na gestão, os/as cinco profissionais desenvolviam suas atividades no nível municipal. Em dois municípios do interior de Santa Catarina, oito profissionais estavam no serviço hospitalar (cinco mulheres e três homens), e três, na gestão municipal (todas mulheres).

Pesquisar durante a pandemia possibilitou identificar situações que, em momentos de estabilidade, provavelmente não seriam possíveis. Nesse sentido, a pandemia de covid-19 foi um desafio para os/as pesquisadores/as que se dedicaram durante o desenrolar dos acontecimentos. Dentro das possibilidades apresentadas no contexto dessa crise, principalmente na primeira parte, entre os anos de 2020 e 2022, as reuniões da equipe, a metodologia de campo e a realização de entrevistas acabaram tendo como único cenário os espaços virtuais. As restrições de contato físico, oficialmente impostas ou recomendadas durante certo período, associadas ao medo e ao perigo de um eventual contágio, tiveram como consequência principal a impossibilidade de um deslocamento a campo, da forma habitual. Durante as entrevistas com profissionais, coletávamos as narrativas, trabalhadores/as confiaram suas próprias experiências refletidas, através de um ambiente virtual, após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido com

---

<sup>115</sup> As entrevistas foram realizadas por pelo menos dois(duas) pesquisadores/as da equipe, através da plataforma Jitsi. Todas foram gravadas em áudio e transcritas pela equipe de bolsistas do projeto.

todos os detalhes sobre a pesquisa.<sup>116</sup> Ao mesmo tempo, esse espaço da entrevista permitia um acolhimento dos/as participantes por uma equipe interdisciplinar de pesquisadores/as – psicóloga, farmacêutica, médica, socióloga e antropólogo (Granada *et al.*, 2024).

## Os/as trabalhadores/as na linha de frente: falando sobre impactos na saúde mental

Além das preocupações quanto à saúde física, o sofrimento psicológico pode ser experienciado pela população geral e pelos/as profissionais da saúde envolvidos/as na linha de frente (Schmidt *et al.*, 2020). No caso dos últimos, o enfrentamento à pandemia provocou mudança radical nas suas rotinas de trabalho.

Segundo os relatos, as primeiras capacitações dos/as profissionais ocorreram de forma rápida, havendo novas pactuações de protocolos à medida que conhecimentos sobre a doença eram gerados – processo permeado por incertezas e medos em relação aos riscos, especialmente no primeiro ano da pandemia, como relata um profissional:

[...] nós trabalhamos, quando eu tava na direção, o que fizemos foi um estudo conjunto entre os profissionais que trabalham na direção. Então, cada núcleo de conhecimento da diretoria com evidências clínicas na ponta da atenção primária. Então esse é o modo de trabalho. A gente trabalhou através dos núcleos técnicos, institucionais, né? OMS, sociedades científicas. Procurou material já consolidado, para escrever notas técnicas sobre funções específicas. Como lá é dividido em saúde da mulher, da criança, do idoso, das condições crônicas, da saúde mental, da odonto, dos grupos vulneráveis – população de rua, indígenas, quilombolas – e da própria equipe da saúde da família. Então uma das ações poderia se realizar através desses materiais que estavam institucionalizados: OMS, Ministério da Saúde [MS] e sociedade científica. Então a partir disso a gente elaborou notas técnicas, e essas notas técnicas foram publicizadas e divulgadas para as regionais de saúde e os municípios. Além disso, como as coisas estavam mudando muito rápido, muito dinâmicas as mudanças, a gente instituiu um comitê emergencial para facilitar a comunicação entre as regionais de saúde e os municípios.

---

<sup>116</sup> Essa pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética, sob Parecer Número: 5.709.376.

Toda mudança que ocorria, a gente notificava rapidamente as regionais e os municípios através do comitê e com fóruns. Estabelecemos um cronograma de fóruns, via *web*, quinzenais, para tirar dúvidas, informar novidades a cada 15 dias.<sup>117</sup>

A experiência subjetiva desse processo foi vivenciada em diferentes momentos, em geral carregados de incertezas: desde a preparação de UTI covid, a falta inicial de pacientes e o medo da equipe de haver superdimensionado o problema, passando pela chegada dos picos de atendimento com a superlotação do serviço, o aumento do número de leitos, até a vacinação em massa e as dificuldades do enfrentamento à doença, e, por fim, a naturalização dos casos e cuidados. No primeiro momento, a capacitação começada em março de 2020 não fez sentido no interior de SC, porque os casos demoraram uns dois meses para precisarem da intervenção, o que permitiu maior preparo da equipe e novas contratações (a maioria de profissionais mais jovens e recém-formados/as, visto que trabalhadores/as com morbidades precisaram ser afastados/as). Este relato de 2020 traz os sentimentos de estresse e sobrecarga no momento em que as UTIs estiveram lotadas:

Então é muito complicado, a gente mudou um pouquinho a nossa linha de cuidado que a gente era acostumado, na UTI adulto e agora na UTI da covid. Então os pacientes são nossos, só tem a gente ali, é um ambiente estressante, que a gente tenta não deixar junto, por exemplo, o paciente que tá lúcido, orientado, e que tá fora do tubo, no meio dos pacientes que estão entubando e que estão em mau estado geral. Mas nem sempre a gente consegue fazer essa separação. Infelizmente, a gente não tem muita estrutura física pra separar esses pacientes. Então às vezes tem que acabar, a gente acaba deixando junto, a gente sabe que os pacientes ficam um pouco mais tensos, mais preocupados, não é fácil. Não é fácil, não está sendo fácil psicologicamente pra gente trabalhar, muito difícil. Sem falar das mortes, a gente teve muito paciente jovem, né, que... que... é, que faleceu, que ficou muito instável, que está ruim. Então a gente tem um profissional da saúde que está internado, que era um colega de todo mundo. Então isso também gera uma certa pressão que a gente tá tendo de melhorar, salvar, de fazer tudo, e não tá conseguindo. Então o pessoal tá bem estressado, né.<sup>118</sup>

<sup>117</sup> Profissional 1 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2020.

<sup>118</sup> Profissional 2 da saúde, do interior de SC, entrevistado em 2020.

Naquele momento, em 2020, ou seja, no início da pandemia e antes do processo de vacinação, profissionais relataram o descaso e o negacionismo da população em relação ao distanciamento físico. Um exemplo dado foram as tentativas de comunicar a família de um paciente que havia falecido por covid-19: depois de algum tempo, descobriram que eles/as estavam na praia. Na perspectiva desse profissional, os/as familiares desse paciente negavam a gravidade da doença ao se exporem em ambientes públicos. E a necessidade de “conscientizar” a população aconteceu na capital via APS, ao retomarem os hábitos básicos de higiene, estabelecendo, dessa forma, maior segurança no ambiente de trabalho dos/as profissionais de saúde, como evidencia-se no trecho a seguir. O receio de que algum/uma colega se infectasse e, por isso, tivesse que permanecer por duas semanas em afastamento (que era a primeira prescrição para a não propagação viral) suscitava sentimentos de medo e de sobrecarga de trabalho. Essa situação, somada à falta de profissionais, implicou a reorganização dos serviços, principalmente antes da fase de vacinação, iniciada em 2021, para os/as profissionais. Vejamos o relato a seguir:

Eu era profissional de saúde há quase dez anos já... não, mais de dez anos, eu já era formada, e eu mal tinha usado máscara, nunca tinha usado uma N95. A gente teve que ensinar todo mundo de novo a lavar as mãos, como usar máscara, como usar os EPIs. E também daí aos poucos a gente foi tomando a segurança de que o centro de saúde era um lugar seguro. Eu acho que até chegar esse momento de a gente reconhecer que o nosso trabalho era seguro, aí ali foi uma mudança pra gente conseguir seguir, né, e saber que a gente enquanto trabalhadores estávamos ali atendendo a população de uma maneira segura, que a população poderia vir, né, e que em especial nós não levávamos riscos pra nossas famílias, né? Acho que uma coisa a destacar é importante, é que nós reduzimos nosso horário de atendimento, do centro de saúde. A gente tomou essa decisão, a gente funcionava das 7 da manhã às 7 da noite, a gente tomou a decisão com apoio da secretaria de trabalhar das 8 às 5, porque estaríamos todos no mesmo horário, e se alguém se afastasse rapidamente a gente daria conta de ter alguém. Um afastamento de covid leva de 10 a 14 dias, eu teria alguém pra dar conta dessa demanda.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

Os/as profissionais relataram que a morte de pessoas internadas por covid-19 combinou sentimentos de abandono e solidão em razão dos protocolos que restringiam o contato tanto dos/as familiares quanto da equipe de saúde com o/a paciente, bem como da permanência prolongada daqueles/as que necessitavam de ventilação mecânica em UTI. O MS elaborou vários protocolos com a finalidade de guiar as ações de cuidado e manejo dos corpos de pacientes com covid-19 (Brasil, 2020). No documento que reúne esses protocolos, o MS alerta que a transmissão de doenças infecciosas também pode ocorrer na manipulação dos corpos, em especial em equipamentos de saúde, e que a ausência ou o uso inadequado de EPIs poderia agravar o risco de transmissão e contágio, expondo os/as profissionais a riscos de infecção (Grisotti *et al.*, 2022). Nas entrevistas realizadas, os/as profissionais corroboraram que, em relação às normas de biossegurança na capital de SC, entre março de 2020 e dezembro de 2021 receberam 11 protocolos diferentes para seguir.

Ao enfrentarem esse contexto, profissionais se infectaram com o vírus, outros/as foram afastados/as por serem grupo de risco com comorbidades e/ou tiveram sua saúde mental afetada, o que sobrecarregou o grupo que se manteve atuando nos serviços. Além disso, houve os casos de mortalidade de profissionais, que agravaram o medo entre os/as entrevistados/as ao longo dessa pesquisa.

A OMS estima que 115 mil profissionais da saúde morreram vítimas da covid-19 em todo o mundo, número que deve estar subestimado em face da tendência de subnotificação, conforme apontam diversos estudos até 2023, momento em que realizamos essa investigação (Machado *et al.*, 2023). No Brasil, não houve uma sistematização da quantidade de contaminações e de óbitos entre os/as trabalhadores/as da saúde, uma vez que somente os Conselhos Profissionais Federais de Medicina e de Enfermagem contabilizaram o número de profissionais mortos/as pela covid-19. As profissões mais acometidas, segundo registros e revisão do mesmo estudo, foram: auxiliares e técnicos/as de enfermagem (62.633, 34,8%), enfermeiros/as (26.555, 14,7%), médicos/as (19.858, 11,02%), agentes comunitários/as de saúde, ou ACS (8.362, 4,6%) e recepcionistas de unidades de saúde (7.856, 4,3%).

O afastamento e a diminuição dos quadros profissionais geraram conflitos internos entre as equipes. A sobrecarga de trabalho e o medo de contaminação foram preocupações constantes entre os/as participantes da pesquisa, bem como a possibilidade de infectarem familiares, o que

fez com que muitos/as se mantivessem por um longo período afastados de familiares e parentes, inclusive pais e filhos/as, quando ainda não se tinha certeza sobre os protocolos de biossegurança:

A covid trouxe impactos sociais pro serviço de... [...] Às vezes tinha que aumentar a jornada de trabalho. Houve caso aí de estresse, depressão, ansiedade, entre os colegas de trabalho, né, que você viu nos outros, né, questão do risco que você [pausa na fala] comentou em algum momento, né, dificuldade de ter informação atualizada sobre como lidar [pausa na fala] com a doença ou imunidade.<sup>120</sup>

No começo era muito medo, muito pânico de toda a equipe [pausa na fala], é... [pausa longa] depois a gente foi se unindo assim e a gente foi tentando disseminar um pouco esse medo pra que a gente pudesse atender de uma melhor forma, não é? É... aí a gente foi conseguindo, graças à Deus [pausa na fala], vencendo um pouco o medo da gente também porque não é só como profissional, mas a gente tá lidando com algo desconhecido [pausa na fala], a gente também [pausa na fala] tem família [pausa na fala]. Então é muito difícil, foi muito difícil no início isso [ruído]. Hoje a gente tem um pouquinho mais de tranquilidade, claro, não baixando a guarda de todos [pausa na fala], a segurança que a gente tem que ter aqui dentro, né... [pausa na fala] mas, assim, a gente hoje consegue lidar com um pouquinho mais de tranquilidade do que a gente lidou no início, né, que foi muito difícil pra gente; reaprender a se trabalhar foi muito difícil, né?<sup>121</sup>

Além disso, a gestão teve receio da falta de EPIs para trabalhadores/as, o que precisou de uma organização coletiva nos âmbitos municipal e estadual. Apesar do racionamento de álcool gel e máscaras nos locais dos/as trabalhadores/as que entrevistamos, não faltaram EPIs, conforme evidenciado na fala de um entrevistado: “Mas para o profissional em si não teve nenhum desabastecimento que levou à necessidade de parar o atendimento por falta de EPI”<sup>122</sup>

Outro fator adverso e causador dos agravos quanto à sobrecarga de trabalho foram: o afastamento e o adoecimento de colegas de serviço;

<sup>120</sup> Profissional 3 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

<sup>121</sup> Profissional 3 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2021.

<sup>122</sup> Profissional 5 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

e a substituição das equipes por profissionais com pouca experiência profissional ou recém-formados/as, em razão da idade, visto que a maior mortalidade do vírus esteve associada à população mais idosa ou com doenças crônicas:

Toda a problemática dos profissionais que tinham se afastado, e que daí tinha também as pessoas mais idosas, ou comorbidades com maior risco, né? Como que também houve uma sobrecarga pros profissionais, mas como é que foi, vamos dizer assim, essa articulação também? A prefeitura contratou profissionais por um tempo curto porque também ao contratar muitas vezes essas pessoas não tinham uma experiência prévia em saúde da família, pertencimento de equipes, e tal; então elas tiveram que ir aprendendo meio tudo junto assim, teve um número expressivo assim de profissionais que começaram a fazer parte das equipes em função da pandemia.<sup>123</sup>

Nesse contexto, apareceram relatos sobre as falhas na formação profissional na área da saúde, para o trabalho de promoção, prevenção e principalmente vigilância em saúde na APS, além das especificidades da atuação na UTI ou nas UPAs, que demandaram capacitações, como pode ser analisado na sequência:

Quando eu falo da deficiência da formação profissional, eu falo com relação àquele profissional que é egresso, e aí eu falo da minha formação como profissional de saúde. Quando a gente sai da graduação, a gente não sabe o que é vigilância muito bem, a gente ouviu falar em algum momento. Então é uma carreira que exige uma especialização, acaba sendo uma especialização posterior, e dentro do setor público não tem ainda uma carreira instituída para algumas áreas de vigilância, então a pessoa tem que aprender fazendo e estudando durante o processo de fazer também. Você não sai [um profissional de saúde] formado da faculdade sabendo atuar em vigilância epidemiológica, você precisa aprender depois, você precisa se especializar ou precisa aprender fazendo, é nesse sentido que eu falo que ainda falta um pouquinho de entender de vigilância. As pessoas saem muito preparadas para fazer a atenção ao paciente, atenção à saúde, e aí a vigilância fica lá naquela caixinha que ninguém sabe muito bem o que faz.<sup>124</sup>

---

<sup>123</sup> Profissional 5 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

<sup>124</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

Agora entraram mais três porque não tem condição, né, tá muito lotado lá, né; então a gente tá trabalhando em quatro enfermeiros, e tem dez técnicos no período do dia. Não, 12 técnicos no período do dia e oito, nove técnicos no período da noite. Então é um enfermeiro por horário e cinco técnicos durante o dia na assistência, um circulante, né, que é o que sai do setor, e à noite são quatro técnicos. É, é mais um que fica até a uma da manhã. [...] Mas em fevereiro a gente começou a estudar muito, então a partir dali a gente decidiu criar essa clínica, é, a gente tinha um setor que era pouco utilizado ali no hospital, né.<sup>125</sup>

Muitos/as profissionais recém-formados/as ou com pouca experiência foram contratados/as por demanda recorrente no interior e na capital de SC; em duas entrevistas, profissionais recém-formadas perceberam esse recrutamento como uma possibilidade de emprego, ao mesmo tempo que como uma responsabilidade com que talvez não tivessem repertório e histórico profissional para lidar. Um estudo que problematizou os registros de óbitos em equipes de enfermagem e medicina na pandemia identificou maiores números de trabalhadores/as vitimados/as fatalmente no início da vida profissional (a qual abarca os primeiros 12 anos de profissão) e no auge da vida profissional produtiva (em média entre os 35 e os 50 anos de idade) (Machado *et al.*, 2023).

Além das demandas do uso de EPI e as adaptações de protocolos, existem também a questão da notificação compulsória e a necessidade desses/as profissionais lidarem com sistemas de informação, para o que nem sempre foram preparados/as durante a sua formação. As tecnologias da informação, inclusive as redes sociais, foram utilizadas no campo do trabalho, o que foi visto como positivo em um primeiro momento, por favorecer a troca de informações. Já em um segundo momento, entenderam-nas como um fator que potencializou o cansaço, em razão das demandas de reuniões, atendimentos e acompanhamentos de familiares via redes sociais, inclusive pelos próprios *smartphones* de uso pessoal dos/as profissionais.

Começamos a entrar muito em contato com essas famílias por telefone, para acolher um tanto a angústia, porque outra situação também é a dificuldade de eles conversarem com a equipe médica. Já que eles não tão podendo entrar no hospital pra visitar, eles acabam ficando também sem essas informações.

---

<sup>125</sup> Profissional 4 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

Quando é um paciente mais lúcido, né, mais orientado, o próprio paciente vai comunicando a família: “ah, um médico me contou isso, me contou aquilo”; mas às vezes são pacientes assim que são mais vulneráveis, não sabem fazer as perguntas para os médicos, não têm tanto conhecimento ali nessas situações... E aí também foi criado um sistema que eles chamam de um *call center* da medicina... então as famílias têm um número que eles ligam e eles conversam com médicos, mas não são médicos diretos da assistência do paciente. Na verdade, são médicos que fazem um trabalho remoto de dentro, digamos assim, só que de dentro do [hospital]. Por alguma questão de saúde, eles conseguiram não estar na assistência direta aos pacientes, pelo risco da infecção da covid, então eles recebem essas ligações da família e eles leem o prontuário do paciente e vão tentando explicar para as famílias o que tá acontecendo. [...] A gente começou assim a utilizar mais essas tecnologias da comunicação agora nesse momento. Então a gente descobriu o WhatsApp Business, né? No qual a gente cadastra o número do hospital ou num aparelho, num *tablet*, ou até mesmo no nosso próprio celular. Mas aí a gente conseguia de alguma forma manter o nosso número pessoal para as nossas coisas pessoais e manter um número extra pra falar exclusivamente com os pacientes. E o WhatsApp, ele tem isso, né, as pessoas nos acessam muito fácil, muito rápido, coisa que até ele já tinha nosso acesso; eles já têm o nosso número, da nossa sala, mas não ligavam; e ali, com o Whatsapp, quando você vê sempre tem uma mensagenzinha, né.<sup>126</sup>

WhatsApp foi uma tecnologia muito importante, eu vou dar um destaque, sim. Começando pela questão dos protocolos, né, Floripa adota um protocolo que chama PACK [*Practical Approach to Care Kit*]. O PACK é um protocolo em inglês que é uma lógica de tomada de decisão rápida na atenção primária. Floripa fez uma parceria com uma universidade britânica e adaptou pra cá esse protocolo, que a gente já tinha esse protocolo feito. Então nesse protocolo você atende as principais condições que a gente encontra na atenção primária, e também ele é organizado tanto por condições quanto por sintomas. Então os médicos e enfermeiros estão todos capacitados, da equipe, os que entraram até então, pra usar esses protocolos, que é uma tomada de decisão. Ele é feito, então o paciente chega: “eu vou verificar se ele tá com tal condições, se ele atende esse critério eu vou fazer esse exame...”. E daí a Secretaria, quando surgiu, rapidamente

---

<sup>126</sup> Profissional 7 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2020, grifo nosso.

desenvolveu o protocolo do PACK covid, então ele chega nessa mesma lógica, desse fluxograma de tomada de decisão.<sup>127</sup>

A pandemia acelerou o rompimento com as estruturas sociotemporais, importantes para alguns processos psíquicos (Birman, 2020), como a questão da intensificação do teletrabalho, inclusive no campo da saúde, o que promoveu cuidado em saúde para pacientes e familiares, mas por vezes sobrecarga para profissionais de saúde, que utilizaram em vários momentos seus *smartphones* particulares em horários fora do trabalho para realizar acompanhamentos diante da demanda e das incertezas da doença. Para Byung-Chul Han (2015), o *smartphone* pode ser considerado um lugar de trabalho digital, como um “confessionário digital”, ou seja, um artigo de culto à dominação virtual; como aparelho de subjugação, age como um rosário e suas contas. É assim que mantemos o celular constantemente nas mãos, outra forma de confissão, a nossa coleira por decisão própria, onde somos localizados a qualquer tempo. Han (2015) denominou de “sociedade do cansaço” o esgotamento vivenciado pelas inapeláveis exigências da existência, pela autocobrança e pela falta de limite entre os âmbitos profissional e pessoal, o que foi agravado com o uso das tecnologias da comunicação e informação pelos/as trabalhadores/as da saúde, que ainda viam em 2020 somente o lado positivo dessas ferramentas, e em 2021, quando entrevistados/as novamente, naturalizavam essas formas precarizadas de trabalho, apesar de um cansaço físico e mental crescente.

As equipes dos hospitais e das UPAs no interior do estado de SC mantinham acompanhamento e comunicação direta por meio de celulares pessoais dos/as trabalhadores/as com os/as familiares dos/as pacientes mais graves, bem como por meio do/a profissional que estava no acompanhamento, em especial das áreas da enfermagem, psicologia e assistência social. Na capital do estado, as informações diárias dos/as pacientes eram fornecidas por profissionais diferentes, via WhatsApp, geralmente médicos/as, ficando responsável aquele/a que estava de plantão no momento.

Todas as equipes de profissionais entrevistados/as contavam, nos espaços hospitalares, com profissionais da psicologia e do serviço social, mas essas trabalhadoras centravam suas intervenções de cuidado junto às famílias dos/as pacientes graves por covid-19. Enquanto isso, o suporte às demandas de saúde mental dos/as profissionais foi mantido

---

<sup>127</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021, grifo nosso.

quase exclusivamente pelas relações entre as equipes, pelo apoio familiar e pelas diferentes formas de “espiritualidade” que emergiram em contextos e locais de trabalho (aspecto que merece ser aprofundado em outra pesquisa). Contatos remotos nas plataformas *online* foram abertos exclusivamente para atendimentos psicológicos dos/as profissionais de saúde por psicólogos/as voluntários/as, obtidos nos cadastros dos Conselhos Regionais e Federal de Psicologia. Contudo, os/as profissionais entrevistados/as nessa pesquisa não aderiram de forma individual ao cuidado, usando somente suportes grupais para compartilhar informações entre colegas e possibilitar a interação que o momento dificultava.

Além do medo da contaminação, a saúde mental desses/as trabalhadores/as foi negativamente afetada, principalmente devido ao sentimento de impotência diante da aceleração e das constantes modificações dos processos de trabalho, que já estavam na época se encaminhando para as crescentes precarização e rotatividade, como perda de direitos trabalhistas e de adicionais de insalubridade em determinados espaços, o que agravou os adoecimentos entre profissionais. Foi relatada a perda de adicionais de insalubridade de profissionais não médicos/as nos espaços das UTIs e UPAs durante a pandemia, sem uma argumentação suficiente por parte da gestão. Vale mencionar que existe uma divisão importante nas formas de remuneração e valorização do trabalho entre as categorias médica e de outros/as profissionais de saúde, beneficiando mais a primeira.

Foi possível constatar que esses/as trabalhadores/as se depararam com situações danosas à própria saúde, com o uso de estratégias coletivas de defesa que iam desde negação até táticas complexas para o enfrentamento do problema, como o distanciamento que assumiam frente à morte e à superlotação nos momentos críticos da pandemia. Também observamos a despersonalização pelo uso dos EPIs, que dificulta o reconhecimento das expressões faciais, além de atitudes que produzem dissociação e/ou negação,<sup>128</sup> como forma de proteção ao

---

<sup>128</sup> Assim como existem fraturas corporais, as dissociações, enquanto mecanismos de defesa individuais e coletivos no trabalho, operam como quebras com partes importantes da realidade e da conexão com sistemas para a compreensão e o funcionamento das dinâmicas vivenciadas no ambiente, como forma de proteger o aparelho psíquico de traumas e sofrimentos. Essa foi uma defesa recorrente nas minimizações e fragmentações dos acontecimentos da crise pandêmica. Contudo, esse mecanismo, bem como o de negação, não é eficaz para enfrentar a problemática vivida, porque apresenta uma forma que fere a capacidade de consciência,

sofrimento que o trabalho na linha de frente pode causar. No contexto de urgência e emergência, existe a necessidade de agir de forma imediata, conduzida pela lógica dos procedimentos técnicos, como a intubação. Então a tentativa de não envolvimento com a situação vivida é uma característica utilizável como defesa diante do contato com o indivíduo doente.

A proximidade da morte gera a necessidade de distanciar-se do ser humano que está morrendo, como forma de proteção contra o sofrimento, somada ao desamparo diante das fragilidades do sistema público de saúde. Do mesmo modo, o não envolvimento com o trabalho ou o envolvimento excessivo podem causar adoecimento psíquico nos/as trabalhadores/as, o que se agravou durante os momentos críticos da pandemia e reverberou posteriormente.

Para lidar com a complexidade desse trabalho árduo na linha de frente, cabe destacar que as estratégias de enfrentamento da covid-19, bem como a preservação da saúde desses grupos essenciais e de outros que trabalharam por circunstâncias socioeconômicas, foram fundamentais para controlar a disseminação da doença e para manter as pessoas em isolamento, confinamento ou quarentena, assim como para a atuação do próprio serviço de saúde e das demais atividades essenciais (Filho *et al.*, 2020). Nesse contexto, portanto, existiram estratégias individuais, coletivas e de gestão para a manutenção da linha de frente.

## Estratégias dos/as trabalhadores/as para enfrentar as adversidades

Algumas estratégias foram desenvolvidas pelas equipes para a manutenção da saúde mental nos momentos mais críticos, como a questão da espiritualidade, do trabalho em equipe e da busca de coesão na tomada de decisões:

É que o que impactou mais assim é a formação das equipes, né?  
Tivemos uma formação de equipes com alguns colegas que já

---

funcionalidade e tomada de decisão. A negação é a primeira defesa diante de uma grande adversidade, e a mais primitiva. Segundo a psicodinâmica, ela não admite a existência da crise ou problema, ignora e naturaliza como estratégia de autoproteção inconsciente, o que permite que muitos/as trabalhadores/as, em certa medida, mantenham-se em ambientes de trabalho hostis (Dejourns, 2004).

trabalhavam há tempo com pacientes graves, com funcionários novos, né. Isso impactou bastante assim, foi mais trabalhoso. Então, era mais sobrecarregado, funcionários, colegas que não tinham trabalhado ainda, né? Chegaram agora, foram recém-contratados. E a parte da ansiedade da medicação. Alguns médicos, assim, tratando paciente... duma forma, daqui a pouco muda o médico. O médico, como é que eu vou dizer, essa ansiedade de tentar tratar pra melhorar pra não perder esse paciente, né?<sup>129</sup>

A manutenção da saúde mental não pode ser entendida apenas no âmbito individual. Por isso, é necessário desenvolver práticas que recuperem as perspectivas de humanização do trabalho interdisciplinar nos serviços de saúde e garantir suporte de forma contínua. Assim, outro aspecto ressaltado por alguns/umas profissionais se refere a uma certa resignificação do processo de trabalho e à empatia no cuidado:

Então acho que essa pandemia trouxe essa reflexão de praticar a empatia, que acho que todo profissional da saúde deveria ter, né, todas as pessoas [risos]; mas praticar a empatia, de tu se colocar no lugar do outro, olhar a situação de como aquele paciente tá, e ele não tem contato com ninguém. A nossa psicóloga, que é maravilhosa, faz chamada de vídeo, e eu sempre fico chorando com as chamadas de vídeo. Eu me emociono porque é a única possibilidade que ele tem de ter contato com a família. Então eu acho que isso de repente vai ser, né? O profissional vai levar essa sementinha assim, sabe, de possibilitar esse contato maior com a família e ter empatia também no cuidado.<sup>130</sup>

Os/as profissionais de saúde são sempre os/as primeiros/as a comporem a linha de frente no processo de controle de uma pandemia. Portanto, é fundamental uma revisão das garantias trabalhistas, assim como a necessária presença de temas centrais e sensíveis na formação de profissionais de saúde, para que continuem enfrentando os desafios em saúde com o fortalecimento de suas redes produtoras de cuidados, como evidenciamos na seguinte narrativa, que traz as demandas de saúde mental como uma avalanche:

---

<sup>129</sup> Profissional 4 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

<sup>130</sup> Profissional 21 da saúde, Florianópolis, entrevistada em 2021.

A questão epidemiológica é que a gente tá vendo doenças mais crônicas. Mas, enfim, no eixo sul a gente ainda tem, não vencemos as doenças infecciosas e as doenças por violências, seja elas suicídio; e a gente meio que ganhou essa tetra carga que é a covid, né, que ela vem não carregada só da questão [pausa na fala] da doença infecciosa em si, mas todas as *consequências dessa avalanche que vem, especialmente na saúde mental*. Na saúde física também as pessoas pararam, né, tratamentos, pararam de fazer exercícios, pararam hábitos positivos por medo, o luto que a gente vai ter que lidar por um bom período ainda nessa estrutura. Então as consequências dos órfãos, as consequências da renda. Então tudo isso sobrecarga de certa maneira o modelo de saúde que a gente [pausa na fala] tem, né, não vai durar só o tempo da transmissibilidade, né. Não é só a taxa de transmissibilidade que vai ter, ela vai ter consequências pro futuro, e aí são o pedaço que eu, talvez o desafio que a gente vem tentando organizar. Então, enfim, eu sei que eu falo bastante, mas [risos] essa é um pouco a inquietude que a gente dorme assim, com o desafio que vai chegar pra frente, das coisas que a gente vai ter que lidar.<sup>131</sup>

A gestão do trabalho também foi um fator fundamental para a saúde mental estar ou não afetada. Percebe-se que Florianópolis investiu na atenção primária e cancelou alguns serviços especializados entre 2020 e 2021, mas não deixou de realizar reuniões de equipe, mesmo que através de redes sociais, e isso serviu para que os/as profissionais de saúde fossem compartilhando as mudanças de protocolos e as técnicas diárias para lidarem com as demandas. No interior de SC, a atenção aos casos de covid-19 foi centralizada, e não se fortaleceram as estratégias da atenção básica, o que obrigou à circulação de pessoas infectadas para a realização de testagens e a busca por tratamentos. Além disso, nessa região, conforme entrevistas realizadas com os/as trabalhadores/as, percebeu-se uma menor aderência ao isolamento da população e à manutenção do distanciamento físico, o que causou períodos de lotação nos serviços de urgência, emergência e hospitalar.

Vários/as profissionais também relataram e identificaram um desmonte no campo da saúde pública, especialmente na saúde mental, com o desinvestimento nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), o que repercutiu na população e também no suporte que eles/as tinham no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

---

<sup>131</sup> Profissional 5, Florianópolis, entrevistado em 2021, grifo nosso.

Ah, a questão da saúde mental, ela é uma fragilidade da rede de [cita o nome do município]. A gente tem uma rede muito frágil assim. Então a gente tem poucos CAPS, o NASF – tem uma psicóloga, por exemplo, que vai no centro de saúde três vezes na semana, um período, e ela passou a pandemia toda em teletrabalho e ela retornou semana passada, presencial, né. Então mesmo os casos que chegavam, as equipes de saúde da família fazem o manejo, né, acompanham esses casos, garantindo presencial quando era preciso. Então saúde mental às vezes se aciona a rede pra fora da rede de saúde, a gente tem problema pra acessar psiquiatra, problemas pra acessar psicólogo, e isso, os problemas que isso traz, né.<sup>132</sup>

Identificou-se o aumento das demandas em saúde mental dos/ as profissionais e também da população geral. Pela falta de recursos econômicos e o empobrecimento vertiginoso, muitas famílias não puderam mais bancar seus planos de saúde privados e passaram a recorrer exclusivamente ao SUS. A classe média foi marcada pelo empobrecimento, e, mesmo com os auxílios temporários, o quadro abarcou a precarização do emprego e do trabalho, a miserabilidade, a morte social e a morte biológica (Birman, 2020). Houve ampliação da demanda para profissionais do SUS, conforme nossos/as entrevistados/as, que identificaram colegas que experienciaram níveis de sofrimento severos relacionados à pandemia, situação que exigiria intervenções psicológicas, reafirmando a relevância de cuidado especializado.

Contudo, o fio condutor necropolítico, o extremismo banalizador da violência – principalmente no nível do Governo Federal – e a falta de uma política orientadora mais consistente pelo Ministério da Saúde foram acentuados pelo efeito do discurso negacionista, que impactou diretamente as realidades hospitalares e do SUS como um todo, nos ataques vivenciados, nas normas de distanciamento físico não cumpridas, nos discursos ambivalentes que ainda circundam a vacinação e o uso de medicamentos. Esse processo, descrito por Joel Birman (2020), apresenta o quadro de trauma agudizado, ou seja, recorrente para a maioria das pessoas que trabalham com atendimentos diariamente. No caso do Brasil, a cruzada moral de cunho racista, classista e sexista vulnerabilizou ainda mais algumas populações, como mulheres com jornadas triplas (Muller Castro *et al.*, 2020), a exemplo

---

<sup>132</sup> Profissional 6, Florianópolis, entrevistada em 2021.

das técnicas de enfermagem, enfermeiras e outras populações que não puderam fazer distanciamento físico.

Afinal, a pandemia não aconteceu de modo uniforme para esses/as profissionais de saúde, mesmo que os sentimentos de impotência e fragilidade se apresentassem mais nas entrevistas do período em que os serviços estavam lotados e não havia a vacinação em massa. A partir do momento em que alguns/umas profissionais se sentiram mais seguros/as com a primeira dose de vacinação, viram que podiam manejar os protocolos de biossegurança, almoçar com colegas, tomar café, gozar das férias viajando ou visitando pessoas que não viam por conta do isolamento. Por vezes, se expuseram a um risco calculado de se infectar com o vírus, buscando manter a saúde mental por meio da sociabilidade, que pode ser entendida como uma prática de autoatenção (Menéndez, 2005).

Cabe destacar que esses/as profissionais e suas equipes também produziram estratégias de enfrentamento e de defesa das adversidades locais e foram se adaptando à crise, em alguns momentos burlando os protocolos, por exemplo. Identificamos comportamentos e atitudes de cooperação entre as equipes, ou seja, modos particulares e coletivos de conviver no trabalho, e formas de proteção contra o sofrimento oriundo das exigências da função. Dejours (1992) ao construir a teoria da psicodinâmica do trabalho, considerou a ambivalente relação entre o sofrimento e o prazer nesse âmbito, o que auxilia para o entendimento dos processos de manutenção subjetiva da saúde do/a trabalhador/a e das estratégias de defesas individuais e coletivas para enfrentamento de situações adversas no labor ou nas organizações.

Portanto, a psicodinâmica entende o trabalho como um fator identitário, assim como é o gênero na nomeação de um sujeito, sendo um resultado da dinâmica entre indivíduo e organização do trabalho, que influencia diretamente na subjetividade, podendo gerar tanto prazer como sofrimento (Conde; Cardoso; Klipan, 2019). A partir da influência da psicanálise sobre os mecanismos de defesa para a manutenção da saúde mental frente aos traumas individuais, Dejours e colegas (1994), tais como Conde, Cardoso e Klipan (2019), observam que cada indivíduo, a depender da sua história, estabelece uma forma de manter sua normalidade, reorganizar seu ambiente e relações laborais com base no que o desestabiliza no contexto profissional. Assim, muitos/as trabalhadores/as, de forma consciente e inconsciente, criaram estratégias de defesa para “suportar” as adversidades do trabalho (Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994).

Entre essas defesas, podemos abordar a questão da negação como primeira estratégia frente a uma crise, seguida, por exemplo, de estratégias cooperativas e colaborativas que aconteceram nas linhas de frente da pandemia. Inclusive, a burla é considerada uma das táticas de defesa que busca fazer o trabalho da melhor forma possível em menor tempo, com menor investimento de energia psíquica, não cumprindo normas rígidas e prescritas pelas instituições (Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994). Isso passa a ser problemático frente aos protocolos de biossegurança e às restrições de convivência coletiva, considerados importantes para a saúde mental do/a trabalhador/a, como a manutenção de reuniões de equipe:

Os processos de trabalho interno da unidade, ele foi construído, porque uma das coisas que a Secretaria determinou era o fim das reuniões. Acho que isso é importante pontuar. Ah... o que nós fizemos lá no [bairro X] foi não fazer tantas reuniões. *Muito pelo contrário, a gente manteve as reuniões*, eu não fechei mais o centro de saúde pro atendimento, como a gente fecha uma vez por mês, uma tarde pra uma reunião geral, né? Eu mantinha o centro de saúde aberto e fazia reuniões do colegiado gestor. Então eu comecei com aquelas reuniões diárias e depois passei a recuperar as reuniões do colegiado, que eram semanais. Essas reuniões foram fundamentais para organizar o processo de trabalho, então ali a pauta da covid era a pauta do dia, né; então toda quarta-feira a gente se reunia e organizava o processo de trabalho. Então, ah, “vai trocar de médico, qual é a sala, quem vai ficar na porta, qual é o afastamento”; então o afastamento, ele tem que continuar. Suspender reunião é uma besteira, tem que reorganizar a reunião porque precisa pensar e planejar nesses processos.<sup>133</sup>

A negação do risco de contaminação e de morte também apareceu mais flexibilizada por alguns/umas profissionais, como no caso de uma profissional que não sabe onde se contaminou, mas acredita ter sido no período de férias, porque já não aguentava mais todos os protocolos e restrições do distanciamento social. Ainda, houve outros relatos de que a contaminação aconteceu durante o almoço ou café, o que impediu momentos mais informais de trocas para a organização dos processos de trabalho.

---

<sup>133</sup> Profissional 27 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021, grifo nosso.

Para a psicodinâmica, apesar de a negação ser uma estratégia individual e coletiva pouco eficaz de enfrentamento às adversidades no trabalho, pode ajudar a suportar momentaneamente repentinas mudanças de rotina, crises e ambientes insalubres. Este relato elucida essa dinâmica:

Mudanças importantes na rotina: mas a cozinha e os espaços de confraternização, que antes era o lanche das equipes etc., isso tudo teve que ser suspenso. Isso a equipe aderiu, entendeu. Agora só nesse ano que a gente foi retomar cafés, alguma confraternização; mas, assim, fica o café numa mesa, a equipe toda de máscara, vai alguém, pega, volta e fica num cantinho... Então, inclusive a própria questão social da equipe, acho que isso pegou muito, a gente tá aprendendo a voltar a fazer. [...] Que três trabalhadores fizeram um lanche numa sala fechada, bem contrariando as normas; um deles tava assintomático e passou pro outro, mas por desrespeito à regra que tava estabelecida. Então enquanto a gente segue as regras a gente conseguiu transformar o ambiente seguro, né?<sup>134</sup>

Consoantes a isso, as estratégias de defesa podem se tornar um fim em si mesmas, levando a uma alienação e, por conseguinte, a nenhuma mudança na organização do trabalho. Apesar disso, essas estratégias beneficiam os indivíduos por certificar a manutenção da normalidade, em decorrência da realidade patogênica presente na organização laboral (Conde; Cardoso; Klipan, 2019; Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994). Elas possibilitam a ressignificação da profissão e a manutenção da saúde ao proporcionar que o/a trabalhador/a, apesar dos desgastes físicos e emocionais, possa retornar no dia seguinte às atividades laborais, seja por propósitos individuais, pela ética profissional ou por compromisso com usuários/as ou colegas, o que ficou explicitado neste relato:

Um futuro de desafios gigantescos pra juntar os cacos e conseguir encontrar inovação pras novas respostas que a gente vai ter. A covid-19 foi um meteoro na Terra, ela foi mudar o jeito com que a gente vai ter que enxergar.<sup>135</sup>

As estratégias mais utilizadas e mais eficazes para a manutenção da saúde mental, segundo os/as entrevistados/as, foram: a coalizão

<sup>134</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

<sup>135</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

em equipes interdisciplinares através de reuniões *online*; capacitação e revezamento entre profissionais para evitar o esgotamento e suportar a rotina; o apoio da família, mesmo que de forma remota, antes do período de vacinação em massa; e principalmente a espiritualidade/religiosidade como fonte para buscar a estabilização em situações críticas e de luto cotidianas. Nesse particular, os/as profissionais puderam dar uma maior abertura e desenvolver um olhar mais aprofundado sobre a questão das “crenças” e da espiritualidade dos/as pacientes e familiares, que se tornou um fator fundamental:

Porque eles saem assim: “eu estou com muita vontade de viver, eu estou com muito...”, pensando de “como que agora eu vou levar minha vida de um modo diferente”, né; “ah, eu acho que eu estava me dedicando muito ao trabalho, deixando a família de lado, eu acho que agora eu quero fazer as coisas de forma diferente”. E vem também essa questão da espiritualidade, de agradecido pela crença que acredita e a diferença também da espiritualidade na forma de enfrentamento do luto. A gente vê assim que determinadas crenças ajudam eles a lidarem de uma forma mais branda assim, que eu não vou ficar toda hora me perguntando “por que que isso aconteceu exatamente comigo?”, mas vou um pouco assim: “aconteceu, mas consegui conviver com aquela pessoa, a gente fez coisas positivas, eu vou guardar lembrança dela, vou substituir essa dor por um sentimento agora de saudade”.<sup>136</sup>

## Algumas considerações para finalizar este e abrir outros debates

Heróis/heroínas e protagonistas na linha de frente, os/as profissionais de saúde receberam destaque na mídia durante a pandemia e aplausos da população, mas seu cotidiano de sobrecarga, insalubridade, diferenças nas valorizações e hierarquias profissionais pouco foi problematizado ou (re)avaliado, o que fragilizou as equipes no campo da saúde diante de situações de impessoalização e precarizações do mundo do trabalho. É necessário fortalecer os espaços para estratégias coletivas dos/as próprios/as trabalhadores/as, valorizando todas as categorias

---

<sup>136</sup> Profissional 8 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

profissionais, permitindo, assim, maior integração interdisciplinar. Além disso, deve-se incentivar o apoio familiar e de amigos/as, favorecendo redes de (auto)atenção, incluindo espaços de lazer e restaurativos, sem perder a dimensão da espiritualidade/religiosidade.

Inicialmente, houve uma suposição de que, entre as hierarquias profissionais e luta por direitos trabalhistas, a pandemia poderia ter produzido maiores coalizões entre as pessoas (profissionais e pacientes) no sentido de enfrentamento e valorização da ciência, considerando a vulnerabilidade humana. Contudo, a experiência da pandemia não permitiu que todas as vidas fossem choradas e que os lutos fossem vividos da mesma forma, no rol de que ainda temos vidas que valem mais e outras que valem menos (Butler, 2015). As diferenças entre as categorias profissionais, bem como as desigualdades nas relações de gênero, reiteraram estigmas antigos, os quais ordenam práticas e saberes. Apesar de as profissionais mulheres serem a maioria no quadro do enfrentamento à pandemia, nem sempre são valorizadas da mesma forma que os homens brancos, o que caracteriza uma feminização e uma racialização do cuidado, que merecem uma análise qualificada em outro momento.

A linha de frente da pandemia pode ser comparada a um quadro de guerra, em que as questões éticas ficaram no limite entre o cuidado de si e o cuidado integral do outro. Cabe, portanto, questionar: o que é e como manter a saúde mental durante crises sanitárias, que levam trabalhadores/as da saúde a extrapolar seus limites? Para Mattos e colegas (2022), é fundamental reconhecer a legitimidade dos saberes, valores e desejos que movimentam os/as trabalhadores/as e usuários/as dos serviços públicos, compreendendo a saúde mental como um campo relacional e dinâmico.

Através das entrevistas, houve uma possibilidade de escuta, em que a palavra foi via de acesso à realidade do/a trabalhador/a, permitindo chegar à inteligibilidade. Entretanto, não se pode tomá-la como tradução da realidade subjetiva, mas como um meio de pensar na realidade vivida (Dejours, 2004) para transformá-la. Essas histórias, além de contadas, precisam de registro no tempo, e urge uma revisão nas perspectivas de formação profissional, nas instituições e nos processos de trabalho no campo da saúde no enfrentamento às condições sanitárias críticas, como foi a covid-19.

## Referências

- BAO, Y. *et al.* 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, [s. l.], v. 395, n. 10224, e37-e38, 2020.
- BIRMAN, J. *O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. *Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – covid-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BUTLER, J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CHIDIEBERE, O. E.; TIBALDI, L.; LA TORRE, G. The impact of covid-19 pandemic on mental health of nurses. *Clin Ter*, [s. l.], v. 171, n. 5, p. e399-e400, set./out. 2020. DOI: 10.7417/CT.2020.2247. PMID: 32901781.
- CONDE, A. F. C.; CARDOSO, J. M. M.; KLIPAN, M. L. Panorama da psicodinâmica do trabalho no Brasil entre os anos de 2005 e 2015. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 19-36, 2019.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004. p. 56-67.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FILHO, J. M. J. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da covid-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n. 45, e14, 2020.
- GAINO, L. V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Edição em português.
- GRANADA, D. *et al.* Um ensaio sobre a observação flutuante e os impactos da pandemia no cotidiano: visões de perto e de dentro do campo da saúde. In: GRISOTTI, M.; FERRARI, I. W. (org.). *Ambiente, saúde e sociedade: interdependências e diálogos*. São Leopoldo: Oikos, 2024. p. 112-120.
- GRISOTTI, M. *et al.* A morte contaminada: a experiência da morte por covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C.;

REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (ed.). *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022. p. 309-319.

HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015. 80 p.

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, [s. l.], v. 3, n. 3, e203976, 2020.

LOBO, B. L. V.; ALMEIDA P. C. de; CABRAL, M. Covid-19 e a saúde mental de médicos residentes na atenção primária: medo, ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 31-63, 2022.

MACHADO, M. H. *et al.* Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por covid-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 405-419, 2023.

MATTOS, M. P.; PEREIRA, B. M.; GOMES, D. R. Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-9, 2022.

MENÉNDEZ, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, [s. l.], v. 14, p. 33-69, 2005.

MULLER CASTRO, T. C. *et al.* Em tempos de coronavírus: home office e o trabalho feminino. *Norus: Novos Rumos Sociológicos*, [s. l.], v. 8, p. 40-64, 2020.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (covid-19). *Estudos de Psicologia*, [s. l.], v. 37, 200063, 2020.

VARGAS, D. de *et al.* Estratégias preventivas ao suicídio para equipe de enfermagem na covid-19: uma revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 36, p. eAPE00682, 2023.