

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA

LINHA DE FRENTE NA LUTA CONTRA A COVID-19:
NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Goiânia, 2021

**UFG**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE
TESES****E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico☒ [x] Dissertação ☐ [] Tese**2. Nome completo do autor**

FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA

3. Título do trabalho

LINHA DE FRENTE NA LUTA CONTRA A COVID-19: NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)Concorda com a liberação total do documento ☒ [x] SIM ☐ [] NÃO*

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA**, Discente, em 31/01/2022, às 20:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Joana Aparecida Fernandes Silva**, Usuário Externo, em 07/02/2022, às 09:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2661192** e o código CRC **40044AB5**.

FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA

LINHA DE FRENTE NA LUTA CONTRA A COVID-19:
NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás.

Área de Concentração: Antropologia Social. Linha de Pesquisa: Corpo e marcadores sociais da diferença.

Orientadora: Dra. Joana Aparecida Fernandes Silva

Goiânia, 2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Almeida, Flávio Tolêdo de
LINHA DE FRENTE NA LUTA CONTRA A COVID-19:
[manuscrito] : NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE /
Flávio Tolêdo de Almeida. - 2021.
150 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Joana Aparecida Fernandes da Silva.
Trabalho de Conclusão de Curso Stricto Sensu (Stricto Sensu) -
Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais
(FCS), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Goiânia,
2021.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas,
lista de figuras, lista de tabelas.

1. Covid-19. 2. Medo. 3. Estigma. 4. Profissionais da Saúde. I.
Silva, Joana Aparecida Fernandes da, orient. II. Título.

CDU 572



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 010/21-M da sessão de Defesa de Dissertação de **FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA**, que lhe confere o título de **Mestre em Antropologia Social**, na área de concentração **Antropologia Social**.

Aos dezessete dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e um, a partir das 14 horas, em webconferência devido à pandemia de covid-19, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação de **FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA**, intitulada **COVID-19: A PANDEMIA DO MEDO ESTIGMA E SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE (APARECIDA DE GOIÂNIA)**. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora Joana Aparecida Fernandes Silva, presidente da sessão, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora Janine Helfst Leicht Collaço (FCS-UFG - membro titular), Professor Doutor Marcelo Medeiros (FEN-UFG - membro titular), Professora Doutora Selma Cristina dos Santos (FacCidade-Aparecida de Goiânia - membro titular) e Professora Doutora Suzane de Alencar Vieira (FCS-UFG - membro suplente). Ao final da exposição do candidato e das arguições, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão reservada a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o candidato aprovado pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora Joana Aparecida Fernandes Silva, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

LINHA DE FRENTE NA LUTA CONTRA A COVID-19: NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.



Documento assinado eletronicamente por **Joana Aparecida Fernandes Silva**, Usuário Externo, em 13/12/2021, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janine Helfst Leicht Collaço**, Professora do Magistério Superior, em 27/01/2022, às 09:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Medeiros**, Professor do Magistério Superior, em 27/01/2022, às 10:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Eduardo Henning**, Coordenador de Pós-graduação, em 27/01/2022, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2568710 e o código CRC 46256A50.

Referência: Processo nº 23070.042041/2021-88

SEI nº 2568710

FLÁVIO TOLÊDO DE ALMEIDA

LINHA DE FRENTE NA LUTA CONTRA A COVID-19:
NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social da
Faculdade de Ciências Sociais da Universidade
Federal de Goiás

APROVADO EM: __/_____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Joana Aparecida Fernandes Silva – UFG/FCS/PPGAS (Orientadora)

Dr.^a Janine Helfst Leicht Collaço – UFG/FCS/PPGAS

Dr. Marcelo Medeiros – UFG/FEN

Dr^a Selma Cristina dos Santos – FacCidade - Aparecida de Goiânia

Dedico o presente trabalho a todos os meus interlocutores, que dispensaram um tempo para contribuir com este conhecimento. Esta partilha é muito importante para nós, os profissionais de saúde, pois, quando partilhamos, nós dividimos um pouco a carga do dia a dia.

Agradecimentos

Entrar em um mestrado sempre me pareceu algo pouco provável, pois venho de uma família humilde de interior, com pais pouco letrados, porém, sempre incentivadores quanto aos estudos.

Durante minha formação acadêmica, tive um período bastante conturbado. Fui envolvido em um acidente motociclístico no quarto semestre da graduação. O acidente quase me fez perder o quinto dedo da mão esquerda (meu tendão foi cortado e ficou preso a uma pequena pele) e causou um trauma na perna e pé direitos, impossibilitando-me de andar.

Esses acontecimentos quase me fizeram desistir da academia. Porém, a vontade de me formar foi maior e me fez persistir. Persistir, mesmo precisando de muletas para me firmar em pé e poder andar até a parada de transporte coletivo para chegar à faculdade, mesmo equilibrando-me dentro do ônibus com materiais na mão e muletas, mesmo precisando de um colega de sala para me ajudar nas aulas práticas, mesmo não tendo dinheiro para comprar algo para comer na faculdade quando eu não levava uma marmita preparada por minha mãe e nos sábados em que eu tinha aula das sete às 18 horas. Apesar de tudo, eu persisti, persisti e consegui me formar.

A persistência resultou em uma formação em uma faculdade particular no curso de enfermagem, depois em especializações e, afinal, trouxe-me até o mestrado na Universidade Federal de Goiás – o que, para mim, era algo inalcançável.

Em todas estas etapas, só tenho a agradecer. Agradecer a meus irmãos (Denise e Daniel), agradecer ao meu pai, Daniel de Sousa, e agradecer àquela que mais me deu força para eu continuar e sempre esteve ao meu lado, independentemente das adversidades, agradecer a ela, a rainha de nossa família – SIMONE MARIA TOLEDO ALMEIDA – minha mãe, a mulher mais corajosa, guerreira, batalhadora, mais maravilhosa, mais amorosa que um filho poderia desejar na vida. Deus deu-me a família que eu merecia e sou grato a Ele.

Não posso deixar de agradecer aos professores do PPGAS/FCS/UFG, que me acolheram e tiveram toda a paciência possível com um enfermeiro que se atreveu a estudar Antropologia Social. Ressalto que não foi tarefa fácil. Entre esses professores, está minha maravilhosa orientadora, a professora Joana Fernandes. Ela

ficou com a maior parte do trabalho de lapidar um enfermeiro assistencialista e o transformar em um enfermeiro antropólogo. Ela sabia o que significavam minhas “sumidas” e as semanas em que eu ficava calado e não mandava mensagens no zap, conhecia até meu tom de voz nas mensagens de áudio e me perguntava automaticamente se eu estava bem, quando o áudio mostrava que eu não estava. Durante meu período de quarentena após minha contaminação por Covid-19, ela mandava-me mensagens praticamente todo dia e até mais de uma vez ao dia, querendo notícias do meu quadro de saúde. Ela fez-me chorar alto quando me mandou um vídeo (*Andà Tutto Bene – Anda Tudo Bem*) que tinha visto em algum lugar, vídeo que homenageava os profissionais da saúde. Ela que, com todo meu ser agitado, dava um jeito de acalmar as tensões, pois é dona de uma paciência sobrenatural e conduz os trabalhos com a maior leveza possível. Os trabalhos foram árduos, mas conseguimos fazer o nosso melhor.

E hoje, o que tenho a dizer?

Digo, **OBRIGADO** professora Joana, por acreditar que eu conseguiria e por ter me dado esta oportunidade de ser seu orientando. Serei eternamente grato.

RESUMO

A pandemia do medo, de estigma e sofrimento de profissionais de saúde de duas unidades de saúde em Aparecida de Goiânia, teve como objetivo analisar e extrair das narrativas e o observar dos profissionais de saúde quais são os sentimentos experienciados por eles na linha de frente na luta contra a Covid-19 durante a primeira e segunda onda. Para esta extração foi necessário a imersão em dois serviços de saúde com perfis assistenciais distintos, sendo o primeiro uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA Flamboyant ligada à rede de urgência e emergência de Aparecida de Goiânia, porta de entrada de casos suspeitos e/ou confirmados para a Covid - 19, e a segunda Vigilância Epidemiológica – VE ligada à rede ambulatorial, com o mínimo contato passível com os pacientes possivelmente contaminados. Trabalho nos dois ambientes relatados acima, e conheço o perfil sua dinâmica de serviço e de atendimentos. Na UPA Flamboyant estou na linha de frente no enfrentamento da Covid-19 desde o primeiro caso suspeito que entrou nesta unidade. Pude acompanhar durante as duas primeiras ondas, março de 2020 a junho de 2021, o desenrolar dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional a estes pacientes, pude ver presenciar os primeiros conflitos gerados pelo medo, pela incerteza e pelo desconhecimento do vírus. Já na vigilância epidemiológica, também estive presente quando as primeiras fichas de notificação da Covid-19 chegaram nesta unidade e presenciei o medo dos profissionais de saúde e dos administrativos em pegar nas fichas e serem contaminados, medo este que era compartilhado entre todos somando se as incertezas que também se faziam presente, evidenciados pela hesitação em pegar nas fichas sem usar luvas de procedimento. A complexidade de situações vivenciadas durante a imersão no campo por vezes borrava as fronteiras entre pesquisador e pesquisados, o constante tirar e vestir o jaleco fez com que eu conseguisse evoluir a cada imersão. A sutileza em me perceber como o “outro” ampliou minha visão do que é o processo saúde doença, explicitando que este está muito além do modelo biomédico. Pensar antropológicamente este modelo de saúde doença, custa muito caro para quem é formado somente no modelo biomédico, pois terá que ultrapassar inúmeras barreiras que surgirão usando esta nova lente. Foram entrevistados vinte e um interlocutores, sendo que desses sete não contaminaram com o Coronavírus

até a saída do campo no dia 6 de março de 2021. Os sete interlocutores não contaminados eram cinco da UPA Flamboyant e dois da Vigilância Epidemiológica. O trabalho de campo revelou que mesmo diante de um mal invisível que causara medo, estigmatização e incerteza, a continuidade da assistência prestada pelos profissionais da saúde, sutilmente foi abafando e/ou eliminando estes sentimentos rotineirizando, os medos e riscos, advindos da Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19. Medo. Estigma. Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

The pandemic of fear, stigma and suffering of health professionals from two health units in Aparecida de Goiânia, aimed to analyze and extract from the narratives of health professionals what are the feelings experienced by them on the front line in the fight against Covid-19 during the first and second wave. For this extraction it was necessary the immersion in two health services with distinct care profiles, being the first one an Emergency Care Unit - UPA Flamboyant linked to the urgency and emergency network of Aparecida de Goiânia, gateway for suspected and/or confirmed cases for Covid-19, and the second one Epidemiological Surveillance - EV linked to the outpatient network, with minimal passable contact with possibly contaminated patients. I work in both environments reported above, and I know the profile of their service dynamics and care. In UPA Flamboyant I am in the front line in the confrontation with Covid-19 since the first suspected case that entered this unit. I was able to follow during the first two waves, March 2020 to June 2021, the unfolding of the care provided by the multi-professional team to these patients, I could see the first conflicts generated by fear, uncertainty, and ignorance of the virus. In epidemiological surveillance, I was also present when the first Covid-19 notification forms arrived in this unit, and I witnessed the fear of health professionals and administrative staff to take the forms and be contaminated, a fear that was shared by all, adding to the uncertainties that were also present, evidenced by the hesitation to take the forms without using gloves. The complexity of situations experienced during the immersion in the field sometimes blurred the boundaries between researcher and researched, the constant taking off and putting on of the lab coat allowed me to evolve with each immersion. The subtlety in perceiving myself as the "other" broadened my view of what the health-disease process is, explaining that it goes far beyond the biomedical model. To think anthropologically about this health-disease model is very expensive for those who are trained only in the biomedical model, because they will have to overcome countless barriers that will arise using this new lens. Twenty-one interlocutors were interviewed, and of these seven had not been contaminated with the Coronavirus by the time we left the field on March 6, 2021. The seven uncontaminated interlocutors were five from the UPA Flamboyant and two from the Epidemiological Surveillance. The fieldwork

revealed that even in the face of an invisible evil that caused fear, stigmatization and uncertainty, the continuity of the assistance provided by health professionals, subtly was muffling and/or eliminating these feelings routinizing Covid-19.

KEY WORDS: Covid-19. Fear. Stigma. Health Professionals.

LISTA DE FOTOS

Foto 1 – Entrada principal da UPA Flamboyant.

Foto 2 – UPA Flamboyant, com tendas montadas na entrada principal.

Foto 3 - Familiares de pacientes internados fazem fila para comprar oxigênio.

Foto 4 – Profissionais da saúde exaustos, devido à sobrecarga de trabalho.

Foto 5 – Sala de classificação de risco: como era antes da Covid-19.

Foto 6 – Sala de classificação de risco adaptada para receber casos de Covid- 19.

Foto 7 – Eu, paramentado para a coleta de swab dos profissionais de saúde da vigilância epidemiológica.

Foto 8 - Vista aérea do sepultamento em massa de vítimas de Covid-19 no cemitério do Parque Tarumã, em Manaus.

Foto 9 – Agressões contra profissionais de saúde durante a pandemia.

Foto 10 - Disposição das poltronas-leitos na enfermaria, com camas e salas improvisadas para isolamento e conexão em “Y”.

Foto 11 – Corredor central e entrada externa e interna da enfermaria da UPA Flamboyant.

Foto 12 – A esperança traduzida em balões verdes: Deus salva nossa nação.

Foto 13 – Familiares dos pacientes internados fazem orações e cânticos de louvor na porta da UPA Flamboyant.

LISTA DE FIGURAS

Figura1 – Ilustração de como é coletado o swab nasal, ou teste de Covid-19.

Figura 2 – Tempo de espera no pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester.

Figura 3 – Pontos de origem das doenças infecciosas emergentes

Figura 4– Mapa derivado de eventos DIE causados por patógenos zoonóticos

Figura 5 – As possíveis origens e circulações da Covid-19

Figura 6–Unisex que deve ser utilizado ao invés das próprias roupas em unidade de saúde.

Figuras7 e 8 – Quadro de René Magritte, ao lado de fotomontagem de Orlando Guerreiro

Figura 9 – Planta da enfermaria UPA Flamboyant

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BBC – British Broadcasting Corporation Corporação Britânica de Radiodifusão

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Saúde

COREN – Conselho Regional de Saúde

DIE – Doenças Infecciosas Emergentes

EC – Emenda Constitucional

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

GO – Goiás

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

ILP – Instituição de Longa Permanência

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MERS – Síndrome Respiratória do Oriente Médio

MS – Ministério da Saúde

NVEI – Núcleo de Vigilância de Saúde Interno OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PPGAS – Programa de Pós Graduação em Antropologia Social

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS – Síndrome da Angústia Respiratória Severa

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFG – Universidade Federal de Goiás

UNIFESP – Universidade Federal de São paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	23
1. CAPÍTULO I.....	29
1.1 O ENFERMEIRO COMO ETNÓGRAFO APRENDIZ E SEU CAMPO DE29	
PESQUISA.....	29
1.2 SOU DO PEDAÇO: EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA EM UNIDADES DE SAÚDE	30
1.3 DA PRETENSÃO AOS TRÂMITES PARA DESENVOLVER A DISSERTAÇÃO	32
1.4 ETNOGRAFIA RÁPIDA ADAPTAÇÃO AO CURTO TEMPO DE MESTRADO E À DINAMICIDADE DA PANDEMIA.....	34
1.5 DO PROJETO À APROVAÇÃO: UMA AFLIÇÃO E A URGÊNCIA DOS PRAZOS	37
1.6 DA ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL AO TERMO DE ACEITE.....	37
1.7 DESCREVENDO O CAMPO – LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CAMPO.....	39
1.8 DESCREVENDO O CAMPO – ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO INTERNO.....	41
2.0 CAPÍTULO II.....	52
2.3 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DA DOENÇA PROVOCADA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO MUNDO	60
3.0 CAPÍTULO III.....	62
3.1 SER PROFISSIONAL DA SAÚDE E ENFRENTAR O NOVO CORONAVÍRUS, UM MAL INVISÍVEL	62
3.2 UPA FLAMBOYANT: O SAIR DO ENFERMEIRO E O ENTRAR DO APRENDIZ DE ANTROPÓLOGO	72
3.3 DO DESCRÉDITO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO MEDO EXTREMO DA COVID-19	76
3.4 O PERIGO DE SE ACOSTUMAR COM O PERIGO	81
SEGUNDO MOMENTO DA DISSERTAÇÃO E DO CAMPO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19	90
4.0 CAPÍTULO IV	91
4.1 TORMENTA VIRAL: A SEGUNDA ONDA DA COVID-19.....	91

4.2 LADO A LADO COM A MORTE – COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UPA FLAMBOYANT.....	95
4.3 RISCO TRADUZIDO EM CORES: MARÇO DE 2021, APARECIDA DE GOIÂNIA ESTÁ NO LARANJA.....	97
4.4 A COVID-19, AINDA SENDO ENTENDIDA COMO PUNIÇÃO DIVINA.....	112
4.5 A ONIPRESENÇA DO MEDO.....	113
4.6 O ESTIGMA/MARCA DE SER UM PROFISSIONAL DA SAÚDE EM TEMPOS DA COVID-19	117
4.7 CONVIVENDO COM AS MORTES E BANALIZANDO O PERIGO.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	127
APÊNDICES.....	137
APÊNDICE A.....	137
APÊNDICE B.....	140
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE APARECIDA DE GOIÂNIA.....	140
APÊNDICE C	144
DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE – UPA FLAMBOYANT	144
APÊNDICE D	145
AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS E PLANILHAS – UPA FLAMBOYANT	145
APÊNDICE E.....	146
AUTORIZAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	146
APÊNDICE F.....	147
DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	147
ANEXOS	148
ANEXO A	148
Gráfico 1 – Situação de casos confirmados e óbitos após 30 dias de Covid-19 no Brasil	148
Gráfico 2 – Incidência de casos após seis meses da entrada do novo Coronavírus no	

Brasil.....	148
Gráfico 3 – Óbitos associados à Covid-19 por data de notificação	149
ANEXO B.....	150
Curva de platô de contágio da COVID-19 em Goiás, segundo a Secretaria Estadual de Saúde (Semana 32 –2 ago. 2020 a8 ago. 2020).	150
Painel 1 – Painel do boletim epidemiológico de Aparecida de Goiânia do dia 1º set. 2020 (Semana 36 – 30 ago. 2020 a5 set. 2020)	150

INTRODUÇÃO

Entrei no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) com a mente voltada às questões sociais relacionadas à assistência à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Cheguei com uma formação no modelo biomédico, com título de bacharel em enfermagem, obtido em uma instituição particular de ensino superior.

Faço esses esclarecimentos, pois há instituições de ensino superior em enfermagem que formam enfermeiros voltados à assistência e instituições mais voltadas à pesquisa. Minha formação foi centrada na assistência. Porém, alguns acontecimentos presentes no dia a dia de trabalho sempre me intrigaram. Percebendo uma carência de minha parte nesse sentido, propus-me a estudar aspectos sociais ligados à saúde e à doença – o que me conduziu à escolha da Antropologia Social como área de pesquisa.

E para conseguir trilhar esse caminho, tive que passar por alguns itinerários e procurei as Ciências Sociais, mais especificamente, o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Fui aceito pela professora Joana Fernandes como aluno especial, juntamente com mais duas colegas. Na ocasião da entrevista, a professora perguntou quais eram nossas aspirações e anseios e o que nos levou a querer cursar Antropologia. Falei sobre minhas ambições e sobre a necessidade de entender melhor os processos sociais e culturais da saúde e da doença. A professora olhava-me atentamente, olhava e fazia expressões faciais que ora me deixavam apreensivo, ora me davam tranquilidade para poder continuar a falar. Ao final de alguns minutos de conversa, com muita tensão envolvida de nossa parte como candidatos a alunos especiais, tivemos como resposta a seguinte frase: “Olhem depois, na página do PPGAS, se vão aparecer os nomes de vocês”. Saímos confiantes de que seríamos escolhidos e cursaríamos essa disciplina. Esperamos ansiosos e, finalmente, nossos nomes apareceram na lista dos selecionados para alunos especiais. Talvez o olhar atento de minha orientadora tenha visto a ingenuidade de um enfermeiro que se distanciava, naquele momento, de sua área de formação, com o objetivo de aprender novas formas de ver e entender o outro. Então, tornei-me um “neófito na Antropologia Social”, como eu era chamado por minha orientadora em algumas ocasiões.

Iniciamos as aulas na disciplina de Antropologia da Saúde e da Doença e eu fiquei encantado com esse modo de interpretar o processo de adoecimento, assim como com as especificidades culturais envolvidas nesses processos – fatores que interferem diretamente na assistência que os profissionais da saúde, e aqui me incluo, prestam a seus usuários. Minha visão biomédica, visão reducionista, fez com que eu passasse por fases difíceis diante das teorias antropológicas. Difíceis, mas não impossíveis.

A partir de uma nova lente, que me fez gradualmente mudar o entendimento do que antes era dado e aceito por mim, passei a exercitar uma visão mais crítica e interpretativa de cada situação e especificidade. Com isso, minha assistência ao paciente mudou consideravelmente.

O pensar antropológico, e aqui me detenho no contexto da Antropologia da Saúde, aponta para os limites e para a insuficiência da tecnologia biomédica, quando se trata de mudar de forma permanente a condição de saúde de uma população. Ele revela que a condição de saúde de uma população é associado a seu modo de vida e a seu universo socioeconômico e cultural. A antropologia da saúde inscreve-se, assim, numa relação de complementaridade com a Epidemiologia e com a Sociologia da Saúde (UCHOA, 1994).

O caminho percorrido levou até a tão sonhada aprovação na seleção para o mestrado – e aqui reforço o sentido de sonho, pois trago bagagens de longa data de sofrimento e tentativas de entrar em um programa de pós-graduação. Não fui para um programa de mestrado em minha área de formação, pois sempre me senti incomodado com a visão que temos dos usuários que procuram os atendimentos por nós prestados.

Iniciei a escrita da dissertação com pensamentos voltados a outro tema, o envelhecimento com HIV/Aids. Elaborei todo o projeto e submeti ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFG e, após a aprovação iniciei os trabalhos de campo. Nesse ínterim, fui fazendo leituras de autores que trabalham com essa temática na visão da Antropologia Social.

Após a aprovação e em paralelo com o processo de escrita, iniciei os contatos com os usuários do local onde eu iria desenvolver minha pesquisa – o ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) de Aparecida de Goiânia, mais conhecido como Serviço de Atendimento Ambulatorial (SAE). No dia 15 de junho de 2020, fiz contato

com alguns profissionais e começamos a montar um esquema de planilha para entradas em campo, com a ajuda das secretarias da instituição, que logo se mostraram bem solícitas e com vontade de ajudar.

Nesse ínterim, já se alastrava um fenômeno atípico fora do Brasil, com possibilidades aterrorizantes de chegar até nós. Era a Covid-19, que causava entre nós enorme comoção e expectativas em razão de fatos ocorridos em outros países, veiculados na mídia e em páginas de notícias na internet.

Com chegada da pandemia ao Brasil, fazer pesquisa de campo ficou cada vez mais difícil. Conversamos várias vezes, eu e minha orientadora, sobre as possibilidades e estratégias de minha entrada no campo de pesquisa e sobre o panorama da Covid-19 no município onde eu planejava desenvolver minha pesquisa.

Como enfermeiro, estive na linha de frente do atendimento aos primeiros casos com suspeita de Covid-19, pois trabalho em uma das unidades de referência para o atendimento de casos dessa nova enfermidade em Aparecida de Goiânia, a Unidade de Pronto Atendimento - (UPA) Geraldo Magela, mais conhecida pro UPA Flamboyant, por ficar em um bairro chamado Parque Flamboyant.

Com muito medo de contaminar alguém e de ser contaminado por meus interlocutores, demorei para entrar em campo como pesquisador do projeto sobre envelhecimento e HIV/Aids. Meu medo era contaminar uma pessoa já imunodeprimida pelo HIV e, muitas vezes, portadora de outras enfermidades que acometem esses pacientes no declinar da vida, como as doenças compridas (hipertensão, diabetes), bem apresentadas pela professora Soraya Fleischer (2018).

No dia 17 de junho de 2020, fui convocado pela Vigilância Epidemiológica de Aparecida de Goiânia – meu segundo vínculo de trabalho com o município – para coletar amostras de pacientes com suspeita de Covid- 19 em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) para idosos. Como trabalho também em emergência, tenho a habilitação técnica para a coleta de amostras por swab nasal¹. Às 13 horas, fomos à ILP,

¹ Swab é um cotonete estéril que serve para a coleta de exames microbiológicos com a finalidade de estudos clínicos ou pesquisa. O swab nasal é introduzido com rotação suave em cada narina, paralelamente ao assoalho nasal, até encontrar uma resistência que corresponde à parede posterior da nasofaringe dos pacientes suspeitos de estar com Coronavírus.

onde residiam naquele momento 72 idosos e eles nos aguardavam para a coleta de material que seria testado para Covid-19. Incluídos os profissionais da equipe e aqueles que prestavam assistência nessa instituição, havia no local cerca de cem pessoas à nossa espera. Eu e duas enfermeiras fizemos todas as coletas de idosos, profissionais da saúde e também dos técnicos administrativos que ali exerciam suas atividades laborais e retornamos à vigilância epidemiológica. No dia seguinte, tivemos o resultado do laboratório: dos setenta e dois idosos, cerca de vinte e dois positivaram para Covid-19 e dos vinte e oito profissionais de saúde, três tiveram exames positivos para a doença. No mesmo dia, cinco idosos foram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, após alguns dias, todos os idosos que foram internados na UTI evoluíram para óbitos.

Diante de minha intensa exposição na UPA Flamboyant e na Vigilância Epidemiológica, o medo de contaminar meus interlocutores ao coletar dados para minha pesquisa ficou maior. Contudo, nesse ínterim, eu já tinha marcado a primeira entrevista.

Após essa primeira entrevista, fiquei mais ainda apreensivo e amedrontado pelo risco de contaminar meus interlocutores. Mesmo que se tome muito cuidado e com a utilização de todos os meios e métodos de prevenção possíveis, a dinamicidade da Covid-19 surpreendia a cada momento. Assim, eu imaginava que transmitiria e causaria mais danos do que benefícios a meus interlocutores. Tentei entrevistar outras pessoas, mas todas tinham, justificadamente, muito medo de contrair Coronavírus.

Em conversas com minha orientadora pelo aplicativo de celular WhatsApp, eu expunha o panorama da Covid-19 e falava sobre o progresso na pesquisa. Mas confesso que o desenrolar da investigação parecia difícil por inúmeros fatores, sendo o principal deles o medo da contaminação por Coronavírus, expresso por meus interlocutores, e o meu medo de contaminá-los. Em uma dessas conversas, fui surpreendido pela possibilidade de mudança de tema e prontamente aceitei o desafio. Esse novo desafio deixava-me em uma posição bem privilegiada, pois estava envolvido nas equipes de saúde responsáveis pelo combate à Covid-19 desde que a pandemia foi identificada em Aparecida de Goiânia.

Assim, a partir dessa conversa com minha orientadora, logo quando iniciou a pandemia no Brasil, aceitei mudar de tema. Resolvemos, então, compreender como os profissionais de saúde estão trabalhando na linha de frente do combate à doença e como

eles estão se sentindo e lidando com o medo, diante dessa ameaçadora enfermidade.

Decidi então, fazer uma etnografia em dois ambientes de saúde, um deles pertencente à rede de assistência à saúde em urgência e emergência e o outro, à rede ambulatorial de assistência à saúde do Município de Aparecida de Goiânia.

Inicialmente, composição da amostra foi pensada em dois grupos, um formado por servidores que não foram contaminados com o vírus e o outro, por servidores que contraíram o Coronavírus. Os que foram contaminados só foram contatados após o período de 14 dias de isolamento domiciliar estipulado pelo Ministério da Saúde (MS).

Em se tratando de transmissão viral, eu sabia que teria que ser bem rápido para entrevistar os profissionais que ainda não estavam contaminados, quanto os que haviam contraído Covid-19. Foi uma corrida contra o tempo.

As entradas em campo fizeram-se seguindo os plantões, pois a unidade trabalha em regime de plantão de 12 x 60 horas, ou seja, trabalham 12 horas seguidas, com descanso de 60 horas. As observações aconteceram nos períodos diurnos e noturnos, acompanhando os plantões e horários que os interlocutores escolheram para suas entrevistas.

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética no dia 23 de julho de 2020, entrei em campo para minha primeira entrevista no dia 31 de julho de 2020 e saí no dia 06 de março de 2021, perfazendo aproximadamente oito meses de campo.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. No primeiro, explico como é ser enfermeiro e pesquisar profissionais da saúde com um olhar antropológico. Também discorro sobre os trâmites que levaram ao início do trabalho de campo.

No segundo capítulo, comento algumas pandemias e epidemias na história da humanidade, contextualizando a pandemia de Covid-19. Além disso, apresento dados de novos casos a partir de janeiro de 2021, partindo de uma visão nacional, até chegar ao município-foco da pesquisa.

No capítulo três, discuto com base nas entrevistas realizadas como e ser é ser um profissional de saúde durante a pandemia, em luta constante contra o invisível. Nesse capítulo ainda mostrarei como é ser enfermeiro e aprendiz de antropólogo.

O quarto e último capítulo, versa sobre a segunda onda de Covid-19, comentando o aumento do número de mortos pela doença inclusive, as perdas de colegas de trabalho.

Discuto o medo que, no começo, era extremo e na segunda onda diminuiu de intensidade, assim como a rotineirização do perigo. Para analisar o medo gerado pela Covid-19, parti de Delumeau (2009), autor que analisou o medo ao longo de um amplo período histórico.

1. CAPÍTULO I

1.1 O ENFERMEIRO COMO ETNÓGRAFO APRENDIZ E SEU CAMPO DE PESQUISA

Minha apresentação como pesquisador no grupo de servidores atuando na linha de frente contra a Covid-19 só se deu depois que recebi a autorização, via Plataforma Brasil, para realizar a pesquisa. Até então, eu era apenas mais um servidor, como meus interlocutores.

A entrada em campo como pesquisador, no período diurno na UPA Flamboyant, foi feita nos dias em que eu não estava de plantão na unidade, para não gerar conflitos de interesse, nem desgastes com a coordenação da unidade. Durante o plantão, afinal, eu não era o pesquisador, mas sim mais um dos servidores de plantão. Já no período noturno, quando meu horário de trabalho estava encerrado, eu ficava ali para realizar entrevistas e observar a dinâmica dos servidores dos acontecimentos noturno.

Como sou² um dos responsáveis pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da UPA Flamboyant e tenho a função de criar planilhas e compilar dados referentes a vários agravos nessa unidade, tenho acesso livre a esses dados todos os dias, se necessário. Com essas informações, fazemos gráficos e geramos dados de como estamos em relação a nossos atendimentos e quais as enfermidades mais prevalentes em nossa unidade. É a partir dos gráficos planejamos intervenções e educações continuadas para preparar nossos servidores contra os agentes invisíveis a que eles estão expostos.

Como minha carga horária nessa unidade é por plantões, ficou mais fácil realizar as entradas em campo. Trabalho 12 horas e descanso 60 horas (12x60), o que abre possibilidades de realizar entradas em campo em vários dias. Para conseguir a autorização de entrada em campo, tive que organizar uma documentação e conseguir as assinaturas dos diretores de unidades e da superintendente da saúde. Os prazos eram o

² Eu trabalho em duas unidades de saúde neste município, e em ambas atuo tanto na parte de dados quanto na parte assistencial, visto que a pandemia mudou o perfil dos atendimentos nestas e em outras unidades.

combustível para a aceleração de meus trabalhos.

1.2 SOU DO PEDAÇO: EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA EM UNIDADES DE SAÚDE

Originalmente, meu interesse era pesquisar somente a UPA Flamboyant, uma das unidades de referência no diagnóstico e tratamento da Covid-19. Contudo, ao desenvolver a pesquisa, quis explorar também outro perfil que se contrapõe a ela e decidi então trabalhar com os profissionais de saúde da vigilância epidemiológica (VE), inclusive para observar as sutilezas que esse contraste poderia apresentar. Tive uma experiência proveitosa de pesquisa, pois a dicotomia entre emergência e ambulatório trouxe uma grande contribuição ao trabalho.

O interesse por dois espaços diferentes, portanto, apareceu como uma forma de sentir as sutilezas dos entendimentos sobre os modos de transmissão e de prevenção da Covid-19, a realização ou não de exames nos pacientes, os tratamentos disponíveis e o relativo impacto dos números dos boletins epidemiológicos na “cultura da prevenção” (MAGNANI, 2009), em ambos os locais de pesquisa.

Etnografar profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho permite estabelecer um panorama de como eles agem e se portam em seu dia a dia. As unidades de saúde têm particularidades e ritmos de trabalho diversos. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm ritmo calmo e tranquilo, trabalham com agendamento prévio dos atendimentos e estabelecem vínculos com a população adstrita. Sua função é entendida como a de realizar acompanhamento ambulatorial. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são o inverso das unidades básicas. Elas não têm vínculos de acompanhamento com os usuários, sendo uma das portas de entrada nesse tipo de estabelecimento o Sistema Único de Saúde (SUS).

A vigilância epidemiológica faz o registro e a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos por meio de notificações. Tais notificações são encaminhadas pelas unidades de saúde de cada município e as equipes são compostas majoritariamente por enfermeiros, que fazem o acompanhamento dos casos notificados. A VE funciona de forma administrativa e não tem atendimento ao público.

O trabalho na vigilância epidemiológica sendo mais burocrático e sem atendimento direto ao paciente deixa os profissionais de saúde, em certa medida, em situação mais confortável, pois o risco de contágio não é por contato direto com pacientes infectados, como nas demais unidades. Entretanto, na área da saúde, é raro encontrar um profissional que tenha apenas um único trabalho, de modo que o risco de contaminação está presente, via outras portas de entrada, também na vigilância epidemiológica.

Etnografar a vigilância epidemiológica é um pouco diferente de etnografar a UPA, tanto pelo perfil de emergência, quanto pelo fato da VE ter perfil ambulatorial e não estar diretamente assistindo à pacientes. Os profissionais recebem mais informação de boletins epidemiológicos relativos aos casos no município, através de comitês de vigilância de óbito e, em especial, de acompanhamento dos óbitos pela Covid-19. O acesso a esses dados torna os agentes da VE mais temerosos frente ao momento em que estamos vivendo.

O medo atravessa todos os departamentos, as refeições não são mais feitas na copa, onde os profissionais de todos os departamentos costumavam se reunir, e agora os funcionários de cada departamento pegam suas refeições e retornam à suas salas. A sociabilidade alimentada pelas visitas aos departamentos dos colegas de trabalho está fora de cogitação e o uso da máscara cirúrgica passa a ser obrigatório em todas as circunstâncias: estar no corredor ou entrar em alguma sala para resolver pendências sem a máscara cirúrgica é um ato repreendido no mesmo instante e o profissional é instado a retornar e buscar sua máscara para poder permanecer no recinto. É uma grande mudança, pois, antes da pandemia, a vigilância era considerada um local de boa sociabilidade e interação, um espaço onde a possibilidade de contaminação é baixa. Ali, era possível ir às salas dos colegas sem nenhuma preocupação.

Estar “dentro” do serviço foi uma estratégia de pesquisa exitosa, pois até pouco tempo, meu interesse era unicamente voltado à urgência e à emergência. Estar lá e ver os acontecimentos do cotidiano fizeram com que a pesquisa tomasse outros rumos. Essas relações com atores ligados a dois tipos de unidades de saúde deram mais robustez à pesquisa. Sirvo-me do que propõe Magnani (2002, p. 18), sobre *o olhar de perto e de dentro*:

[...] o que se propõe é um olhar de perto e de dentro, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais, ou seja, das formas por meio das quais eles se a vêm. [...] Esta estratégia supõe um investimento em ambos os pólos da relação: de um lado, sobre os atores sociais, o grupo e a prática que estão sendo estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve, entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise.

Minha proximidade, como antropólogo - enfermeiro situado entre as unidades de saúde pesquisadas em seu contexto social, possibilitou estabelecer uma “teia” de significados (GEERTZ, 1989). Ser antropólogo e enfermeiro me permitiu entrar nas entranhas desses espaços e participar de seu cotidiano sem nenhuma alteração de parte dos entrevistados, que não buscaram parecer e fazer o que o pesquisador quer ouvir e ver. Como profissional de saúde estudando profissionais de saúde em contexto pandêmico, penso que, talvez, o pensamento de Geertz pudesse sofrer uma pequena alteração. Ele pergunta: “como é possível que os antropólogos cheguem a conhecer a maneira como um nativo pensa, sente e percebe o mundo?” (GEERTZ, 2001, p.86). Como enfermeiro, sinto, penso e tenho atitudes similares às de outros profissionais de saúde; como antropólogo- enfermeiro – e a partir de sentimentos, pensamentos e atitudes próprias –, posso viver e interpretar essa gama de significados.

1.3 DA PRETENSÃO AOS TRÂMITES PARA DESENVOLVER A DISSERTAÇÃO

Ao iniciar o projeto, tinha a pretensão de entrevistar 40 profissionais da saúde, sendo vinte não-contaminados pelo Coronavírus e vinte contaminados. Porém, finalizei os trabalhos com 21 entrevistas. O motivo pelo qual decidi parar foi o fato de não conseguir encontrar vinte profissionais da saúde não- contaminados durante o trabalho de campo. Quanto aos que já haviam contraído o vírus, suas falas nas entrevistas estavam se repetindo.

Três das 21 entrevistas realizadas foram feitas em dois momentos: o primeiro momento foi quando entrevistamos todos os interlocutores, no pico da primeira onda de Covid-19, entre abril e maio 2020; o segundo foi após a estabilização dos casos da Covid-19, quando o medo inicial dos profissionais de saúde já se havia amenizado. Os dois momentos foram pensados como forma de registrar um antes e um depois da primeira

onda da Covid-19, na percepção dos profissionais da saúde. Essa percepção era referente ao medo que eles sentiram inicialmente e sobre eventuais mudanças de intensidade do medo na passagem dos meses de pandemia.

Até o dia 6 de março de 2021 – data final do trabalho de campo –, sete de meus 21 interlocutores que trabalham na UPA Flamboyant não haviam se contaminado com a Covid-19. E dois entrevistados que trabalham na vigilância epidemiológica também não haviam se contaminado.

Das 21 entrevistas, três foram com profissionais da saúde do sexo masculino e dezoito com profissionais da saúde do sexo feminino. Fazendo uma amostragem por faixa etária, há um(a) entrevistado(a) na faixa etária de 20 a 29 anos; 15 na faixa etária entre 30 a 39 anos; quatro na faixa etária de 39 a 50 anos e um(a) na faixa etária entre 50 e 60 anos de idade. Quanto à categoria profissional, foram entrevistados médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) em enfermagem e laboratório, fisioterapeutas e pessoal administrativo. Não especificarei o gênero dos interlocutores, pois esse procedimento preserva a identidade do profissional da saúde que aceitou participar da pesquisa. Refiro-me a eles, nas citações de suas falas, apenas pelo termo “profissional de saúde”, seguido de um número de 1 a 21 – conforme a ordem de realização das entrevistas.

Essa numeração foi pensada pela ordem das entrevistas, sendo o número 1o primeiro(a) entrevistado(a) e o número 21o último(a). As entrevistas aconteceram, em sua maioria, na UPA Flamboyant, nos plantões A, B e C. Esses plantões são divididos dessa forma dentro da unidade, pois existem três equipes fixas a cada 24 horas, sendo a primeira equipe chamada de plantão A e assim, respectivamente. As entrevistas na vigilância epidemiológica aconteceram em datas fora de meu plantão nessa unidade, durante o dia, e apenas uma entrevista foi realizada na residência do interlocutor(a), pois ele(a) decidiu que, ali, ficaria mais à vontade para falar.

Para todas as entrevistas, os interlocutores foram convidados com antecedência a participar da pesquisa, na ocasião as datas e locais de agendamento para as entrevistas foram escolhidas por eles. Com data agendada conforme o dia escolhido por eles.

Duas entrevistas marcadas na UPA Flamboyant com antecedência precisaram ser reagendadas por duas vezes, pois os interlocutores foram chamados a entrar em

alguma emergência médica.

No total, as entrevistas somam 12 horas e 50 minutos, sendo que a última entrevista foi gravada no dia 6 de março de 2021 e iniciada às 18 horas – um horário escolhido, por ser o intervalo para descanso da(o) interlocutor(a).

1.4 ETNOGRAFIA RÁPIDA ADAPTAÇÃO AO CURTO TEMPO DE MESTRADO E À DINAMICIDADE DA PANDEMIA

Etnografia rápida, segundo Padros (2018), é uma abordagem que permite capturar as complexidades, os fatores sociais e culturais e modelar o uso e entrega de serviços de saúde, assim como das práticas diferenciadas de prestação de cuidados, em prazos curtos.

Em etnografias rápidas, há a criação de novas metodologias mediante uma adaptação dos métodos de pesquisa disponíveis. Nasce uma nova definição para “o campo”, com aumento da intensidade do trabalho, que é realizado em um período reduzido. Como no caso das etnografias convencionais, utilizam-se três fontes principais de dados: observação participante, análise de documentos e entrevistas detalhadas com informantes-chaves, com vistas a um engajamento entre teoria e análise dos documentos quantitativos (PINK; MORGAN, 2013).

A limitação do fator tempo faz com que a etnografia rápida saia do modelo tradicional de imersão de anos no campo pesquisado, rumo a novas formas de pesquisa, pois a redução do tempo requer a obtenção imediata de informações precisas e fidedignas. A teoria e a prática são inseparáveis no trabalho etnográfico, que é atravessado o tempo todo pela teoria. A reflexão teórica está presente antes de ir a campo – para que o pesquisador situe o conhecimento produzido em torno da temática e do grupo a ser pesquisado – no campo – quando o olhar e o escutar são guiados, moldados e disciplinados pela teoria – e ao voltar e escrever, pondo em ordem os fatos, traduzindo-os e os emoldurando numa teoria interpretativa (URIARTE, 2012).

A pesquisa em unidades de saúde em tempos pandêmicos requer que sejamos dinâmicos e que consigamos captar o maior número de informações em pouco tempo, pois a cada momento, ocorrem mudanças no curso da pandemia e, conseqüentemente,

nos protocolos do Ministério da Saúde – o que exige uma adequação. Nesse sentido, vale o pensamento de Clifford (1995) para quem, “no mundo multicultural e rapidamente mutante de hoje, todos temos nos tornado etnógrafos”. Associado a este fator de mudanças na condução das ações da pandemia, me deparei com a rotatividade grande de profissionais devido à contaminação pelo coronavírus, levando alguns profissionais de saúde a pedir para se desligar do contrato com a prefeitura. E os novos que entravam já haviam se contaminado em outras unidades. Conseguir então profissionais de saúde que não haviam se contaminado era uma corrida contra o tempo.

No processo de elaboração desta pesquisa, percorri etapas metodológicas inter-relacionadas e interdependentes, que descreverei a seguir. Essas etapas correspondem a três dimensões iniciais do processo de investigação:

Em primeiro lugar, realizei uma revisão sistemática da literatura relativa ao tema, a partir de fontes obtidas em um levantamento em bases de dados nacionais e internacionais (MEDLINE, LILACS), sites de informações e publicações em periódicos online, utilizando palavras-chave relacionadas ao assunto, a saber: pandemia, Covid-19, Coronavírus, saúde, doença, medo, profissionais da saúde.

Em segundo lugar, procedi com uma descrição do cenário escolhido para a elaboração das entrevistas. Por descrição, refiro-me a um delineamento da realidade, que descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou processual dos fenômenos observados.

Segundo Geertz, (1989, p.20) descrição densa é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas as outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas. E para a descrição dos campos de pesquisa aos quais eu me inseri, utilizei a “construção de uma leitura de” para descrever uma UPA e uma vigilância epidemiológica, em seus aspectos mais comuns e rotineiros tornando-as exóticas e interpretáveis dentro do contexto dessa dissertação.

O cenário escolhido foi uma das cinco unidades de urgência e emergência de Aparecida de Goiânia, que presta atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde nesse município.

A terceira dimensão de meu processo investigativo foi a estruturação das entrevistas. Dividirei em partes, apresentadas a seguir, as etapas dessa estruturação,

para facilitar o entendimento.

Primeira etapa: redigi dois ofícios “Declaração de instituição participante”, um endereçado à diretoria da UPA Flamboyant e o outro, à superintendente de vigilância em saúde do Município de Aparecida de Goiânia, solicitando autorização para que a UPA Flamboyant fosse um dos meus campos de pesquisa.

Segunda etapa: após ter conseguido as autorizações, entrei em contato com o Núcleo de Vigilância Epidemiológico Interno (NVEI) da UPA Flamboyant para solicitar a planilha dos servidores que haviam sido, ou estavam afastados por terem contraído Covid-19. Após conseguir a planilha, fiz um cronograma de entrada em campo para abordar os servidores que estavam retornando de seus isolamentos sociais. Apressei-me para contatar os que não estavam positivados para a Covid- 19, antes de eventuais contaminações. Obedecendo a esses trâmites, convidei-os a participar da pesquisa.

Terceira etapa: após o mapeamento e o estabelecimento do cronograma de entrada em campo para abordar os servidores que estavam afastados, em isolamento social por causa da Covid-19, entrei em campo durante seus plantões (A, B e C) e os convidei a participar da pesquisa.

Sempre encontrei boa receptividade diante de minhas abordagens e, em cada entrada em campo, conversamos sobre a proposta da pesquisa e esclareci dúvidas que surgiram no decorrer de minha explanação. Após essa explanação e com o aceite dos interlocutores, agendei as entrevistas em horários e locais por eles estabelecidos. No tocante aos esclarecimentos, fui minucioso e expliquei que todos os dados eram sigilosos e que a pessoa contatada tinha o direito de não aceitar participar da pesquisa e que, mesmo que ela tivesse aceitado, poderia desistir da participação por qualquer razão. Esclareci que a pesquisa tem como finalidade compreender como os profissionais da saúde lidam com o medo iminente de se contaminarem e adoecerem e/ou de levar esse vírus para seus entes queridos. Tinha também a finalidade de entender como tais profissionais lidavam com as mudanças de estilo de vida, as restrições que a enfermidade impunha, as formas de lações existentes entre profissionais, as relações com seus familiares que, muitas vezes, são apenas por vídeo - chamadas e com o fato de não poder tocar nos pacientes, ou em seus familiares – a questão do “toque”.

No ato das abordagens, solicitei permissão para que nossas entrevistas fossem

gravadas e pedi a todos que, após o aceite verbal, assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que respalda entrevistados(as) e pesquisador, contendo todas as informações citadas acima. Ressaltei ainda que os resultados da pesquisa serão apresentados em meios acadêmicos para a proposição de novas ideias e abordagens para melhorar a qualidade de vida desses profissionais, dentro e fora de seus espaços laborais.

1.5 DO PROJETO À APROVAÇÃO: UMA AFLIÇÃO E A URGÊNCIA DOS PRAZOS

É sabido que para todo projeto que formos desenvolver em nosso dia a dia no ambiente de trabalho, ou em outros ambientes da saúde, o comitê de ética é fundamental.

Para a estruturação do segundo projeto que submeti ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFG – quando mudei de tema de pesquisa, tive que me adequar a duas exigências, a de esclarecer o contexto antropológico e o contexto da saúde que fundamentariam o trabalho. As exigências das etapas causaram angústia, pois eu dependia da assinatura de superiores da Secretaria de Saúde de Aparecida de Goiânia, no contexto de uma pandemia que deixava todos à flor da pele e muito atarefados. Com muita insistência, consegui as assinaturas necessárias, da direção da unidade onde seria desenvolvida a pesquisa e da superintendente de vigilância em saúde do município.

Essas etapas/exigências foram seguidas rigorosamente para a submissão do projeto e com todo o cuidado e ética requeridos.

1.6 DA ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL AO TERMO DE ACEITE

Estava ciente de que no momento de encaminhar um projeto para aprovação via Plataforma Brasil não cabe discutir, mas sim cumprir o que está estabelecido como exigência – sob risco de fazer diferente e ter o projeto barrado, impossibilitando a pesquisa. Como eu já havia submetido um projeto aprovado anteriormente ao CEP, tudo se tornou mais fácil na construção do passo a passo.

A reestruturação do projeto foi necessária. Segui todos as exigências do comitê de ética, no projeto deveriam constar critérios de inclusão e exclusão de participantes na

pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), descrição detalhada das características da população a estudar; tamanho da amostra; se são servidores do município, se são apenas da unidade escolhida, ou servidores de outras unidades também poderiam ser incluídos; informações sobre o método a ser utilizado para a análise dos dados coletados; orçamento detalhado; esclarecimento sobre quem arcaria com as despesas decorrentes da pesquisa; cronograma de execução da pesquisa e roteiros de entrevista.

Outra exigência do comitê de ética que dificulta o processo de pesquisa é a apresentação, no ato da submissão do projeto, de um termo de aceite do responsável pelo serviço junto ao qual se pretende desenvolver a pesquisa. Porém, estando dentro das unidades de saúde de Aparecida de Goiânia e sendo servidor estatutário desse município, essa exigência não foi tão difícil de cumprir quanto achei que seria. Conheço a maioria dos gestores que estão atuando nessa gestão municipal, o que facilitou muito os trâmites das assinaturas.

Com toda a documentação organizada e com o projeto reelaborado conforme as sugestões do comitê de ética, anexei ao site da Plataforma Brasil, no dia 8 de julho de 2020, devidamente assinados, os seguintes documentos: folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos (preenchida, datada, carimbada, com assinatura do pesquisador responsável e do diretor da instituição proponente; texto informando sobre a finalidade da pesquisa; termo de compromisso de orientação, assinado por minha orientadora aceitando orientar a pesquisa e zelando pelos princípios éticos vigentes e pela instituição onde seria realizada a pesquisa; declaração de instituição participante assinada pela diretora geral da unidade a ser pesquisada e assinada pela superintendente de vigilância em saúde do município de Aparecida de Goiânia, autorização para manuseio de prontuários e planilhas, também assinados pela diretora geral da unidade a ser pesquisada e pela superintendente de vigilância em saúde de Aparecida de Goiânia; declaração de compromisso do pesquisador, declarando a intenção de anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil; documento informando detalhadamente como seria o processo de assinatura do TCLE; currículo atualizado; documento informando endereço, telefones e email; documento informando detalhadamente qual a função específica do pesquisador.

Organizada e enviada a documentação, o tempo de espera foi curto (sobretudo se considerarmos que o materiais foram encaminhados no início do mês de julho e aprovados no mesmo mês, no dia 23 de julho de 2020). Entre o dia da submissão (08 de julho de 2020) e o dia em que o parecer consubstanciado foi emitido com aprovação sem ressalvas, passaram-se apenas 15 dias.

1.7 DESCREVENDO O CAMPO – LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CAMPO

Aparecida de Goiânia conta com três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que, segundo a Secretaria de Saúde, funcionam 24 horas e oferecem atendimento à saúde de complexidade intermediária. Cada unidade tem porte III, ou seja, capacidade para atender de 200 a 300 mil pessoas por cada macrorregião. Caracteriza UPA porte III, segundo a Portaria 10/2017, a unidade que tenha capacidade de 200.001 a 300 mil habitantes e que possua um mínimo de 15 leitos de observação (enfermaria) e pelo menos 4 leitos de sala de emergência, conhecida como sala vermelha/estabilização (BRASIL, 2017).

Com as três unidades em funcionamento, a cidade tem uma rede completa de atenção às urgências, com cobertura de aproximadamente 750 mil pessoas. Esse número é superior ao de habitantes do município, na casa dos 590 mil. As UPAs não possuem UTI, mas possuem sala de estabilização, um espaço de terapia semi-intensiva, com capacidade para assistir um paciente instável até sua transferência para uma unidade hospitalar (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2017).

O município de Aparecida de Goiânia (Goiás) pertence a região metropolitana de Goiânia. Os habitantes se chamam aparecidenses. Em 2019, tinha uma população de 578.179 pessoas (IBGE, 01/07/2019). Possui uma área territorial de 278.539 KM² e faz divisas com os municípios de Hidrôlandia, Aragoiânia, Senador Canedo além de Goiânia.

Mapa: Localização de Aparecida de Goiânia e seus bairros e municípios de divisas.



Fonte: Dados do mapa, 2021. Disponível em: <https://www.google.com/maps/place/Aparecida+de+Goi%C3%A2nia,+GO/@-16.7956755,-9.4198192,11z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x935efbd4bcc9396d:0x138ecc5abca8e4e8!8m2!3d-16.8226787!4d-49.2473476>. Acessado em: 06/09/2021

A UPA Flamboyant (Geraldo Magela) foi a que escolhemos para nosso projeto; essa unidade, próxima à divisa de Aparecida de Goiânia com Goiânia, beneficia cerca de 19 bairros da região leste de Aparecida. Popularmente, ela é conhecida na cidade como UPA Flamboyant, por estar dentro de um bairro chamado Parque Flamboyant. A unidade foi construída pensando no público em geral e contém brinquedoteca e banheiro infantil. Essa UPA conta com oito consultórios, base descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), setor de odontologia, banheiros adaptados, sala de sutura, raio-x, curativo, eletrocardiograma, sala de hidratação, sala de gesso, inalação, farmácia, sala de preparo de medicamentos, lavanderia, laboratório, observação com 18 leitos, cuidados intensivos com seis leitos, depósito de material de limpeza, estacionamento, administração e recepção, entre outras dependências que somam, juntas, 2.600 metros quadrados de área construída (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2017).

A UPA Flamboyant tem atendimento médio de 400 pessoas a cada 24 horas. Alguns pacientes são de Goiânia, pois essa cidade enfrenta uma grave crise de saúde pública, ocasionando um escoamento de pacientes a cidades vizinhas, em busca de atendimento médico, por vezes esse fluxo faz o caminho inverso, e os apareceidenses vão procurar atendimentos especializados em outros municípios.

Nessa unidade, trabalham aproximadamente 300 servidores com regime de

plantões 12hx60h para os cargos assistenciais³, ou seja, 12 horas de trabalho com descanso de 60 horas. Funcionários da parte administrativa cumprem 8 horas diárias e o pessoal da odontologia faz seis horas diárias.

Os dados que serão expostos nesta dissertação foram compilados pela parte estatística da unidade, juntamente com o Núcleo de Vigilância Epidemiológico (NVE), do qual faço parte, ambos internos à UPA Flamboyant. O NVE é responsável pela parte epidemiológica da unidade e pela compilação de fechamentos semanais e mensais de agravos prevalentes ali.

Quando me refiro a agravos, refiro-me aos relatórios de óbitos e suas causas, prevalência de dengue, zika e chikungunya, surtos diarreicos, atendimentos por mordedura de cães, gatos e outros animais silvestres, acidentes com animais peçonhentos, HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre outros problemas de saúde. Mais recentemente, entrou nessa lista o adoecimento por Coronavírus.

A Covid-19 apareceu de forma sutil na UPA Flamboyant e hoje (17 de agosto de 2020) ocupa 98% do tempo de serviço do NVE. O Núcleo de Vigilância Epidemiológico é composto por seis enfermeiros, três técnicos de enfermagem e dois profissionais administrativos e funciona 24 horas por dia. O Coronavírus tem dominado o tempo de serviço e fez aumentar o fluxo de pessoas acometidas por esta enfermidade na UPA, intensificando ainda mais o serviço desse núcleo.

1.8 DESCREVENDO O CAMPO – ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO INTERNO

A UPA Flamboyant fica em um bairro residencial onde predominam condomínios e o ponto de ônibus mais próximo fica a mais ou menos um quilometro de distância. Para chegar à unidade, o usuário que não dispuser de veículo próprio, caso esteja passando mal, vai precisar contratar um Uber ou táxi.

Para sua construção, foi necessário nivelar o solo. Porém, ele foi nivelado pela parte mais baixa do terreno, o que produziu um desnível de aproximadamente dois

³ Os cargos assistenciais da UPA são enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, biomédicos, técnicos de enfermagem, técnicos de raio-X e gesso, técnicos em análises clínicas.

metros e meio entre a rua em frente à UPA e a entrada da unidade. Nesse barranco, foram plantadas grama e algumas árvores, com o objetivo de segurar o solo cortado para o nivelamento. No período chuvoso, torna-se complicado o escoamento de água, visto que a unidade está dentro de uma espécie de “buraco”. O alagamento da UPA Flamboyant já foi noticiado por veículos de imprensa da capital (Goiânia).

A entrada principal da unidade tem a característica de toda UPA do Brasil, com nome UPA em vermelho bem visível e, abaixo dele, o nome que cada cidade confere à unidade. A UPA Flamboyant conta com um estacionamento amplo para veículos dos usuários logo na entrada principal, portas de vidro e uma fachada em blindex, permitindo a visualização dos veículos que estão estacionados na entrada.

Foto 1 – Entrada principal da UPA Flamboyant



Fonte: Google Maps. Disponível em: <http://google.com/maps/upaflamboyant>. Acesso em abril de 2019.

Ao adentrar a unidade, passa-se por uma cortina de ar frio, instalada na porta de entrada para ajudar a climatizar o ambiente interno. Ao lado direito de quem entra, estão às cadeiras da sala de espera, composta por doze longarinas de cinco lugares cada uma, dispostas uma atrás da outra, com capacidade para acolher até 60 pessoas sentadas. À esquerda de quem entra, estão os consultórios médicos e, à frente, a recepção, onde é realizado o cadastro dos usuários, conhecida na unidade como o “local de fazer fichas”. O espaço é dividido pelo pequeno guichê destinado ao lançamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). Essas AIHs são solicitações de internações para

diversas especialidades, desde a avaliação de um ortopedista, passando por uma torção de algum membro, até a internação em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes graves, com Covid-19. A Covid-19 é a maior demanda durante o tempo de pesquisa, em meio às doenças graves.

As solicitações são encaminhadas para uma central de regulação de vagas disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS) por macro região estadual. As macrorregiões são definidas pelo SUS, para facilitar a organização de vagas para todas as unidades e municípios conveniados. Após a confecção da ficha de atendimento, numerada e cadastrada em atas para a estatística da unidade, o pessoal do Conte Comigo⁴ ou um facilitador de fluxo chama os pacientes para a classificação de risco, que é a consulta de enfermagem para priorizar os que apresentam sinais de gravidade de alguma enfermidade. Em dias considerados normais, ou seja, fora da pandemia, os usuários fariam as fichas e procurariam cadeiras vagas para sentar no salão de espera da unidade, aglomerando-se mais de 60 pessoas em um espaço de, mais ou menos, 12 metros de comprimento por seis de largura.

Porém, durante a pandemia da Covid-19, não é possível esperar a classificação de risco nesse salão principal pelo risco de se contaminar. Três tendas foram montadas pela Secretaria de Saúde no estacionamento na entrada da UPA, para que os usuários aguardem ao ar livre, evitando a propagação do vírus. Os pacientes são chamados pelos agentes do Conte Comigo a entrar na unidade somente no momento do atendimento, para a classificação de risco e/ou para o atendimento médico.

Em uma dessas tendas, foram instalados dois consultórios para coletas de material por swab nasal. Nos meses de junho e julho, as três UPAs coletavam material de Covid-19 pelo período de 24 horas por dia. Como a demanda aumentou muito, os profissionais foram adoecendo em tempo recorde, contraindo o vírus.

⁴ Conte Comigo é um projeto que está em vigor nas unidades de urgência e emergência de Aparecida de Goiânia, com finalidade de acolhimento humanizado aos usuários que procuram essas unidades. As principais funções dos agentes do *Conte Comigo* são organizar os fluxos de atendimentos e orientar o usuário sobre a localização dos serviços dentro da unidade

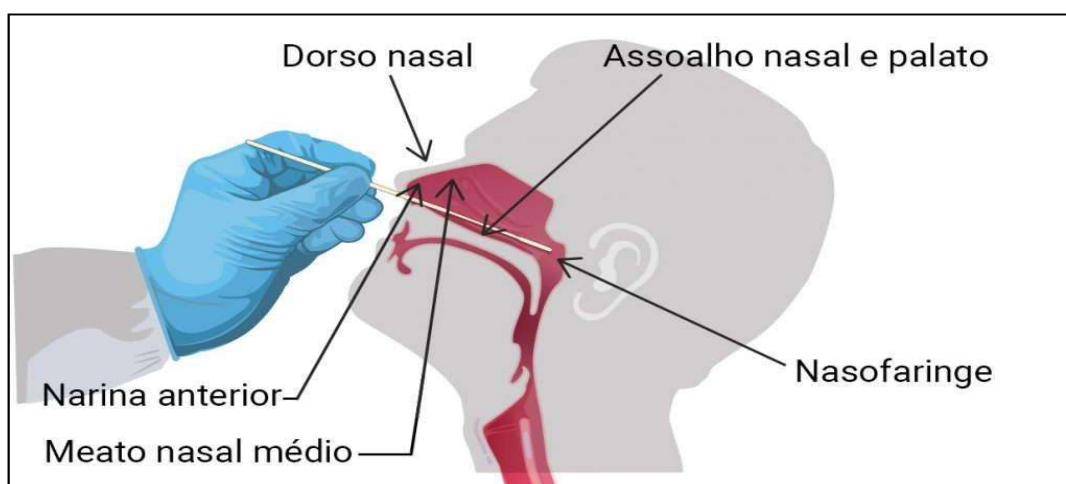
Foto 2 – UPA Flamboyant, com tendas montadas na entrada principal



Foto: Flavio Toledo, 30 de novembro de 2020.

A Secretaria Municipal de Saúde fez novo planejamento no final de julho de 2020 e deixou apenas uma das UPAs realizando coleta 24 horas, a UPA Brasicon. A UPA Flamboyant e a outra a UPA, localizada no bairro Buriti Sereno, não mais dispõem do serviço de coleta 24 horas. Agora (30/07/2020), as coletas de material para teste de Coronavírus nessa última UPA restringem-se ao horário comercial, até as 18 horas.

Figura1 – Ilustração de como é coletado o swab nasal, ou teste de Covid-19.



Fonte: NUPAD/UFMG. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/doencas-infecciosas/instrucoes-coleta-covid-19/>. Acesso em nov. 2020.

Quando as temperaturas estavam mais amenas, os pacientes respeitavam as regras impostas pela Secretaria de Saúde. Mas em pleno mês de agosto de 2020, as

temperaturas chegaram a 40°C e os usuários não estavam mais conseguindo aguardar o atendimento do lado de fora da UPA, que voltou a ter 60 pessoas aglomeradas no salão principal. No dia 17 de agosto de 2020, um dia de bastante fluxo de pessoas na unidade, havia pacientes em todos os cantos da UPA, em pé, sentados no chão, sem qualquer proteção e mesmo deitados no chão – uma cena de filme de terror, pois se o vírus é por contato, imaginemos o quão expostas não estavam essas pessoas no chão. Nesse dia, foram coletados cerca de 164 swabs nasais, em um período de aproximadamente dez horas de trabalho; cerca de três minutos são usados entre um paciente e outro, para limpeza do local da coleta.

No início da pandemia, ainda em março 2020, quando começaram a chegar os pacientes com suspeita da Covid-19, eles identificavam-se como suspeitos por apresentarem sintomas de febre, tosse, dificuldade de respirar, histórico de viagem ao exterior nos 14 dias anteriores a consulta e/ou por terem entrado em contato com casos sabidamente confirmados nos 14 dias anteriores. Eles eram automaticamente separados dos demais, que aguardavam atendimento por outras queixas. Essa separação era feita em um consultório médico improvisado para isolamento respiratório, e todos os pacientes que chegavam e falavam que estavam com sintomas da Covid-19 eram encaminhados para lá, até a avaliação médica. Uma vez que este paciente era colocado dentro deste consultório, ele não podia sair e, se saísse, deveria estar usando máscara cirúrgica para não contaminar os demais. Havia uma equipe específica para atendimento dos pacientes com suspeita da Covid-19, composta por um médico, que era escalado como médico da Covid-19 logo que chegava para assumir plantão, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.

Os primeiros usuários que procuraram o serviço de saúde eram pessoas que tinha acabado de chegar de viagens a passeio no exterior, tendo condições financeiras, na visão dos servidores, de pagar por seus atendimentos. Porém, nenhum outro hospital que não fosse do Sistema Único de Saúde (SUS) aceitava atender pacientes com suspeita de Covid-19, uma vez que os convênios de saúde, até então, não pagavam por esse tipo de atendimento. Os hospitais particulares também não queriam um paciente infectado com a doença em sua unidade, pois isso afugentaria os demais pacientes e causaria prejuízos à instituição.

Nessa ocasião de início de atendimento dos casos suspeitos da Covid- 19, houve alguns problemas dentro da equipe, pois alguns médicos se recusavam a atender os usuários, alegando que, se eles tinham dinheiro para viajar, então teriam dinheiro para pagar por consultas particulares, e que o SUS e a unidade não estavam preparados para esses atendimentos, por falta de dados concretos e também por falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Relato um caso específico, em que um médico se recusou a atender o paciente que havia chegado de um tour pela Europa e estava apresentando febre de 39°C, tosse seca, manchas vermelhas pelo corpo e olhos avermelhados. O paciente foi encaminhado para a sala de isolamento que havia sido improvisada para atender os que estavam com sintomas e suspeitos de terem contraído o Coronavírus. O médico de plantão recusou-se a atendê-lo e solicitou exames de sangue e raio-x de tórax sem ao menos vê-lo, indicando medicação endovenosa para baixar a febre do paciente.

Com o passar dos meses e através da Portaria 454/2020 do Ministério da Saúde, reconheceu-se a transmissão comunitária do vírus, ou seja, transmissão dentro do Brasil. Os atendimentos realizados a partir de 20 de março de 2020, passaram a não ser apenas de pessoas que viajaram para o exterior, tornando-se também atendimentos às classes pobres do país. No dia 1º de maio de 2020, o site UOL Economia publicou chamada, em letras garrafais, com os seguintes dizeres: “Importado pelos ricos, Coronavírus agora castiga os pobres no Brasil” (SLATTERY; EISENHAMMER; PEROBELLI, 2020).

Assim, a doença considerada da elite passa à classe trabalhadora e se dissemina com muita força. Com a disseminação ocorrendo de forma exponencial, em pouco tempo os casos foram ficando cada vez mais alarmantes, até começarem as primeiras mortes em decorrência da Covid-19, conforme ilustramos gráficos do Anexo A. A doença não separa os ricos dos pobres, atinge a todos, mas os menos favorecidos, monetariamente falando, são bem mais debilitados e têm mais enfermidades ou doenças compridas, na terminologia de Soraya Fleischer (2014), que estudou as doenças compridas no Distrito Federal.

O gráfico que apresento no Anexo B foi produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), com dados compilados até a 32ª semana epidemiológica.

Por convenção internacional, as semanas epidemiológicas são contadas de domingo a sábado. A primeira semana do ano é aquela que contém o maior número de dias de janeiro e a última, a que contém o maior número de dias de dezembro, como constado Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (MS, 2020).

As semanas epidemiológicas do ano de 2020 começaram em 29 de dezembro de 2019 e terminaram a 2 de janeiro de 2021 – finda a 53ª semana epidemiológica. Os dados compilados da SES-GO estão entre o final de dezembro de 2019 e o início de janeiro de 2020 e vão até o dia 8 de agosto de 2020, quando se encerrou a 32ª semana epidemiológica.

Terminando o mês de julho e entrando em agosto, após o atendimento a pacientes com suspeita e confirmados para a Covid-19 ter sido declarado obrigatório nos hospitais particulares, as unidades de saúde do SUS voltaram a ser procuradas por pessoas, em sua maioria, de baixa renda e desempregadas, não deixando de aparecer uma ou outra pessoa que teria condições de pagar por uma assistência mais modernizada. Porém, por intermédio de alguém, é possível entrar pela porta dos fundos e passar na frente de quem espera, realizando o exame para detectar Covid-19. A massa de usuários aguarda o atendimento, na esperança de que seja solicitado pelo médico o pedido para a coleta do “exame de Corona”, como o chamam aqueles que ficam na tenda, esperando sua vez no atendimento.

Por falar em entrar pelos fundos, a 17 de agosto de 2020, segunda-feira, houve tumulto na porta de um consultório. Segunda - feira é um dia considerado de pico pelos profissionais de saúde de emergência, quando dobra o número de pacientes à procura de atendimento. Em sua grande maioria (cerca de 60%, segundo os profissionais de saúde dessa unidade), quem procura a UPA às segundas quer um atestado, pois de alguma forma não quer ou não pode trabalhar nesse dia, por vários motivos – apresentando desde sintomas de resfriado, com início de mal estar e sensação de cansaço, até a conhecida ressaca por ingestão excessiva de bebidas alcoólicas no final de semana que, segundo esses profissionais, faz com que o número de atendimentos aumente substancialmente às segundas - feiras. Mesmo com a recomendação de evitar aglomerações, encontros para comemorações seguiram acontecendo.

Os pacientes chegam e ao invés de pedirem logo o atestado, ficam inventando

mentiras, pensando que a gente é bobo. Pede logo gente, e vamos dar andamento às outras consultas, porque está cheio de gente lá fora. E olha que tem gente passando mal de verdade lá fora e esses aí vêm com essas histórias (profissional da saúde nº 7, entrevista dia 23 de agosto de 2020 – UPA Flamboyant).

Nesse dia, por volta das 9 horas da manhã, iniciou-se uma confusão na porta do consultório de coleta do swab, pois pacientes que haviam chegado por volta das 5 horas da manhã estavam vendo passar na frente pessoas que não estavam aguardando atendimento. Diante da confusão, a guarda municipal foi acionada para acalmar os ânimos dos usuários do serviço e a diretora geral foi convocada a comparecer ao local para prestar esclarecimentos.

Depois da Covid-19 ser considerada como doença de transmissão comunitária pelo Ministério da Saúde, não foram realizados mais atendimentos prioritários para casos confirmados e/ou suspeitos dessa enfermidade. A única orientação passou a ser para que os pacientes aguardassem atendimento na tenda, fora da UPA. O fluxo ficou estabelecido da seguinte maneira: usuário chegava e pegava uma fila enorme, mantendo-se a distância de, no mínimo, um metro entre cada pessoa na fila. Entretanto, isso não aconteceu dessa maneira, pois as pessoas temiam perder seu lugar para algum espertinho que tentasse furar a fila. Depois de fazer a ficha, o paciente era orientado por um agente do Conte Comigo – eles costumam gritar como se estivessem usando um megafone –, a aguardar a classificação de risco na tenda do lado de fora da UPA.

A classificação de risco segue um padrão de gravidade para atendimento prioritário ou não, estabelecendo a ordem do atendimento, conforme o Sistema Manchester: pacientes classificados com a cor vermelha não podem aguardar atendimento e devem receber assistência imediata – vermelho = 0 minutos de espera; a cor laranja é caracterizada como muito urgente, e o paciente só pode aguardar o atendimento por, no máximo, 10 minutos; o amarelo é considerado caso urgente, com tempo de espera máximo de 60 minutos; verde é considerado pouco urgente, com tempo de espera de até 120 minutos e, finalmente, o azul é considerado não urgente, podendo aguardar até 240 minutos. Todos os casos que chegam e são classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho entrarão na frente dos azuis, e assim sucessivamente, em escala do menos ao mais grave.

Figura 2 – Tempo de espera no pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester.



Fonte: Rede Humaniza SUS. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net>. Acesso em Nov. 2020

Após a classificação, pacientes de urgentes, pouco urgentes e não urgentes eram orientados a voltar para a tenda e aguardar consulta médica. De cerca de 250 usuários que procuraram o serviço de atendimento por dia, cerca de 174 queriam apenas um pedido médico para a realização do teste da Covid- 19. Como a grande maioria dos pacientes estavam à procura do pedido médico, logo após a consulta e com o pedido na mão, eles eram novamente orientados a aguardar em outra fila, do lado de fora da UPA Flamboyant, para cadastrar o exame e entrar na ordem de coleta. Esse percurso levava, em média, quatro horas seu desfecho. Durante esse período, os pacientes ficavam embaixo de uma tenda de lona, no calor escaldante de agosto de 2020.

Os usuários costumavam nos abordar, pedindo informações sobre onde e como fazer para conseguir um teste de Covid-19. Os que chegavam à unidade com sintomas leves, ou seja, não apresentavam febre alta, nem sintomas respiratórios, passavam pela consulta, recebiam prescrição de medicações para dor para tomar em casa e faziam teste de Covid-19. O teste leva mais ou menos quatro dias para ser entregue ao paciente, via aplicativo WhatsApp, pelo laboratório. No ato da consulta médica, o usuário era orientado a retornar a uma unidade de saúde próxima de sua residência para nova avaliação clínica, caso sentisse que seu quadro se agravou, ou seja, caso apresentasse febre alta e desconforto respiratório.

É importante destacar dois aspectos, o primeiro é a entrega do resultado pelo laboratório e a sensação do paciente de que os sintomas estão agravados. O exame é

entregue de forma informatizada, ou seja, o laboratório manda uma mensagem de WhatsApp ao paciente, contendo as seguintes informações: site do laboratório, com login e senha de acesso para consultar, em qualquer local e mesmo pelo celular, o exame. Entretanto, muitos pacientes queixam-se de que seus celulares quase nunca funcionam e retornam à unidade para procurar o resultado de seus exames. De um total de 50 pacientes que recebem essas informações pelo celular – isso quando têm celular com aplicativo de mensagens –, cerca de 20 a 25 retornam à UPA Flamboyant, pois não conseguem entender a mensagem, e confundem a senha e o login com um resultado que indica se o exame deu positivo ou negativo. Nesse laboratório, o login é composto de números e letras que identificam o paciente – suas iniciais, acrescidas de alguns números gerados pelo sistema de informática do laboratório. Os resultados são “detectável” ou “não detectável” e muitos pacientes não entendem o diagnóstico em nomenclatura biomédica, voltando a uma unidade de saúde para saber se estão ou não com Coronavírus. Assim, os que não estão contaminados, com as idas e vindas às unidades, acabam por se contaminar.

No mês de agosto de 2020, foi solicitado o e-mail dos pacientes para envio dos resultados, mas a maioria não tem acesso à internet, ou porque não sabem mexer, ou porque não tem condições financeiras de manter pontos de internet residencial. Devido às disparidades sociais e idas e vindas que se tornam quase obrigatórias, esses usuários se expõem cada dia mais ao vírus, na busca de uma solução para suas dúvidas ou anseios.

O segundo aspecto é a responsabilização do paciente por eventuais riscos de morte, pois ele precisa saber avaliar sozinho se tem sintomas agravados ou não. Se não for capaz de fazer esse diagnóstico, ele terá sido o único responsável por sua morte, ou seja, terá deixado de seguir a orientação a procurar alguma unidade de saúde se sentisse agravamento.

Aqueles pacientes classificados de médio grave a grave e que ainda não receberam confirmação de Covid-19 são levados à enfermaria para ficar em isolamento. A enfermaria tem dois quartos para isolamento de pacientes com suspeita e/ou confirmados para Coronavírus. Em períodos menos críticos e fora de pandemias, esses quartos são utilizados apenas por uma pessoa enferma de cada vez, mas, durante a

segunda onda da Covid-19, acabam sendo compartilhados por dois pacientes com o mesmo quadro clínico, ou seja, dois casos suspeitos de Covid-19, ou dois testados positivos para Coronavírus, que precisem de internação.

Além disso, devido à superlotação e à alta demanda, somadas à falta de preparo da infraestrutura para atender essa procura, a unidade improvisou outros locais de isolamento para pacientes com Covid-19 – o que, aliás, também aconteceu na maioria das unidades de saúde. A sala de gesso, o corredor da sala onde fica a medicação e a sala de raio-x foram adaptados com três poltronas leitos, e um consultório médico na entrada da unidade recebeu dois leitos para o isolamento dos pacientes que precisavam de internação, com quadro de pneumonia em decorrência do Coronavírus. Os pacientes ficam internados na unidade até a liberação de vaga pelo sistema de regulação estadual para algum hospital público ou conveniado com o SUS.

A sala vermelha ou de estabilização, com seis leitos, fica restrita a casos graves a gravíssimos de pacientes, em sua maioria com Covid-19, e quase sempre respirando com a ajuda de aparelhos. A enfermaria foi destinada a casos menos graves, quando não havia necessidade de aparelhos para respiração, e os pacientes permaneceriam ali até sair uma vaga em um hospital que atendesse suas demandas.

2.0 CAPÍTULO II

2.1 REVISITANDO ALGUMAS PANDEMIAS E EPIDEMIAS DA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Desde a chamada Antiguidade, diferentes civilizações atribuíram a ocorrência de doenças ao sobrenatural. Nesta dissertação, ainda podemos deparar com muitas falas de interlocutores que, no século XXI, acreditam que as doenças e, em específico, o Coronavírus estejam ligadas a uma punição divina para a humanidade. “Eu acho que a Covid-19 é um castigo de Deus para os humanos. Se eles estivessem mais voltados a Ele, não estaríamos como estamos, vivendo esta ‘praga’” (profissional da saúde nº 21, UPA Flamboyant, 06 de março de 2021).

Ricon Ferraz (2020) faz um levantamento das pandemias na história da humanidade e, a partir dele, organizei uma tabela, em ordem cronológica, para evidenciar que as pandemias sempre estiveram presentes e dizimaram milhares de vidas ao longo de milênios. Ligadas ou não a fatores relacionados ao “divino”, como punição, ou à má higienização de ambientes, elas sempre evidenciam a fragilidade e a inoperância dos seres humanos frente a inimigos minúsculos e invisíveis a olho nu. Nomeadas como “pestes” e “pragas” e entendidas como entidades mórbidas, elas espalham o terror coletivo e a segregação social desde tempos muito antigos na história da humanidade.

Tabela 1: Pandemias e epidemias na história da humanidade.

426-430 a.C	Peste de Atenas – estudos apontam que era a febre tifóide
165-180 d.C	Peste Antonia – surto de varíola
542-750 d.C.	Peste Justiniano/Bubônica – febres, aparecimento de bubões (pústulas) e tumores na pele
Séculos XVI-XVIII	Surtos de varíola, gripe, malária, febre amarela e sarampo nas

	Américas
Séculos XVII-XX	Peste branca – Tuberculose
1780	Dengue
1832-1860	Cólera–doença bacteriana que causa diarreia grave e desidratação, normalmente transmitida pela água.
1918-1920	Gripe espanhola
1965	Coronavírus–grande família viral que causa infecções respiratórias em seres humanos e em animais.
1980	Vírus da imunodeficiência humana(HIV)
1995	Ebola – febre grave, do tipo hemorrágico, transmitida por um vírus do gênero Filovirus, altamente infeccioso, que desenvolve seu ciclo em animais Há cinco espécies diferentes desse vírus, que recebe o nome do local onde foi identificado.
2002-2004	Síndrome respiratória aguda grave (Sars)
2007	Zika
2012	Síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers)
2019	Covid-19 –sigla em inglês para “Coronavirus disease 2019”, causada pelo novo Coronavírus.

Elaboração própria, adaptada de Ferraz (2020).

O antropólogo e médico Merrill Singer desenvolveu, na década de 1990, o conceito de sindemia, que se refere a combinações sinérgicas entre a saúde da população e os respectivos contextos sociais, econômicos e culturais. Veiga-Neto (2020) comenta em seu artigo os conceitos de endemia, epidemia e pandemia e contextualiza o neologismo desenvolvido por Singer:

Como bem sabemos, chama-se de endemia a doença que ocorre em uma população, durante um longo tempo. A palavra epidemia designa uma enfermidade em geral contagiosa e de caráter transitório, que ataca simultaneamente um grande número de indivíduos em um espaço geográfico limitado. Para designar uma epidemia em escala planetária, usa-se a palavra pandemia. Já a sindemia é a combinação sinérgica entre a saúde de uma população e os respectivos contextos sociais, econômicos e culturais, aí incluídos os recursos disponíveis (hospitais, ambulatorios, medicamentos, especialistas etc.).

O que é comum a todas as epidemias e pandemias relatadas por Ferraz (2020) é o aumento da miséria, da fome, do desemprego, do medo, das doenças mentais, dos abandonos, principalmente por parte dos Estados, do preconceito, das violências, dos isolamentos, das desigualdades de classe, raça e gênero e das mortes. Não se pode esquecer também da falta de políticas públicas voltadas à melhoria dos cuidados com a saúde da população, no caso dos Estados que passam a desenvolver ações voltadas ao bem estar social, sobretudo no século XX.

No Brasil, não é diferente. Com a pandemia de Covid-19, empresas decretaram falência em decorrência do fechamento dos comércios por determinação governamental, cidades inteiras ficaram com ruas desertas – as ruas comerciais. Em consequência, aumentou o número de desempregados. Nos grandes centros urbanos, os meios que alguns arrumaram para sustento de suas famílias foi trabalhar como entregadores de aplicativos de fastfood, arriscando-se e se expondo ao contágio. Essas pessoas não teriam condições financeiras de ficar em isolamento em suas residências (EL PAÍS BRASIL, 2020).

O colapso dos sistemas de saúde foi alarmante, e o Sistema Único de Saúde, por ser público, teve que absorver a maior parte da carga gerada pela migração de pacientes que antes eram atendidos por meio de planos de saúde em estabelecimentos privados e que, ao perder seus empregos, não puderam mais arcar com a manutenção desses planos. As demandas do SUS aumentaram, o que resultou em um maior número de morte dos “pobres”, por faltas de medicamentos, de leitos hospitalares e pela horripilante falta de oxigênio em alguns Estados, como é o caso do Amazonas (COLABORA, 2021). .

No dia 25 de janeiro de 2021, o G1 Amazônia trazia estampada na home page a chamada “Documentos mostram que mais de 30 morreram nos dois dias de colapso por falta de oxigênio em Manaus”(G1AM,2021). A foto a seguir ilustra o total desespero dos familiares dos pacientes internados que precisavam do oxigênio para sobreviver. Nesse momento, ficou evidente que o Estado não estava cumprindo com o seu dever, estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Foto 3 – Familiares de pacientes internados fazem fila para comprar oxigênio



Fonte: Reuters/Bruno Kelly, 15 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/parentes-de-hospitalizados-enfrentam-fila-para-comprar-botijao-de-oxigenio-em-manaus-24840670.html>.

As desigualdades sociais intensificaram – se com as políticas neoliberais, responsáveis por privatizações, terceirizações e cortes de direitos dos trabalhadores, com decorrente precarização dos serviços. Muitos governantes utilizaram - se de disputas ideológicas, informações desconstruídas e notícias falsas para manipular a massa, no contexto da pandemia. Mas o pano de fundo dessas (des) informações foi a manipulação da compra de insumos e vacinas, em benefício de certos projetos políticos

e econômicos.

A constatação de que houve manipulação política na compra de insumos e vacinas essenciais para o combate à pandemia levou à instalação da Comissão Parlamentar Interna (CPI) da Covid-19 (POLITIZE, 2021), com o objetivo de apurar se houve falha por parte dos governos Federal, estaduais e municipais no enfrentamento da pandemia.

Se houve ou não falha dos governantes no enfrentamento à pandemia da Covid-19, cabe à CPI apurar e responsabilizar os culpados ou o culpado pelos crimes contra a sociedade. O fato é que, independentemente dessa apuração e veredicto, as desigualdades aumentaram e muitas pessoas pagaram com as próprias vidas pela negligência e os desgovernos de nossos representantes políticos.

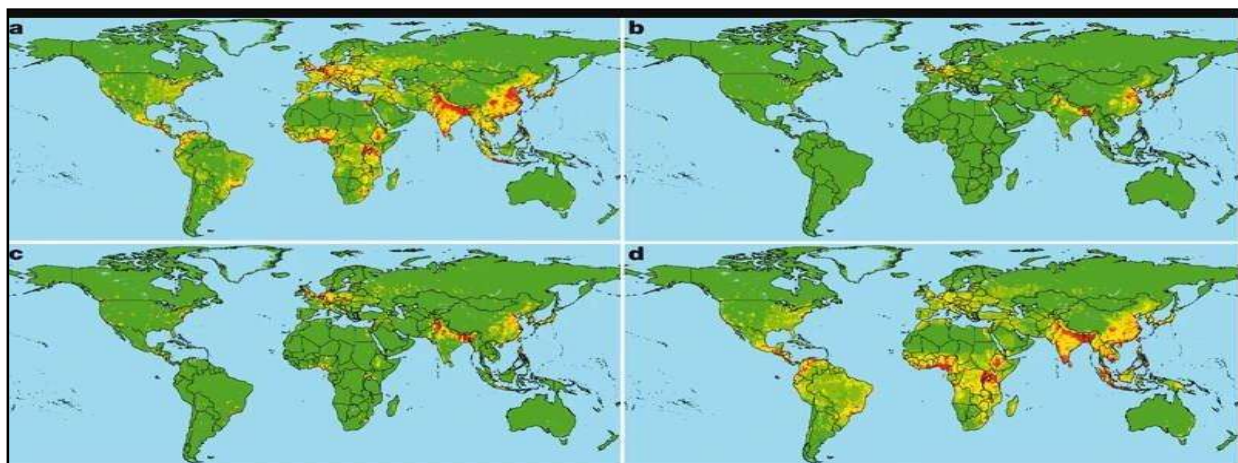
As desigualdades são históricas e sempre, desde as primeiras pandemias, a população mais vulnerável tendeu a pagar com a própria vida o alto preço cobrado por elas.

2.2 PANORAMA HISTÓRICO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS ZOONÓTICAS, COM FOCO NA COVID-19

A saúde humana, a saúde animal e o estado dos ecossistemas estão intimamente ligados. Sabemos que entre 70% e 80% das doenças infecciosas emergentes e reemergentes têm origem zoonótica, o que significa que podem ser transmitidas de animais a humanos. O aumento da população, a mudança do clima, a urbanização aumentada, as viagens internacionais e as migrações e deslocamentos forçados aumentam o risco do surgimento e disseminação de patógenos respiratórios (OMS, 2020).

O termo "doença emergente" refere-se ao surgimento ou à identificação de um novo problema de saúde, ou de um novo agente infeccioso como, por exemplo, a febre hemorrágica causada pelo vírus Ebola, a HIV/AIDS, a hepatite C, a encefalite espongiforme (doença da vaca louca) ou certos microorganismos que só atingiam animais e que agora afetam também seres humanos, como o vírus causador da febre do Nilo ocidental, o hantavírus e o vírus da influenza aviária (H5N1). No caso da influenza

Figura 4 – Mapa derivado de eventos DIE causados por patógenos zoonóticos



Fonte: Jones et al. (2008). Os mapas são derivados de eventos de DIE causados por (a) patógenos zoonóticos de animais selvagens, (b) patógenos zoonóticos de animais não- selvagens, (c) patógenos resistentes a drogas e (d) patógenos transmitidos por vetores (JONES et al., 2008).

Segundo artigos, o aumento das infecções por doenças emergentes deu-se a partir de 1940, atingindo seu ápice na década de 1980. Esse aumento pode ser resultante de notificações e observações mais acuradas em relação a tais patógenos zoonóticos, que têm potencial de causar ameaças reais à saúde da população global (JONES et al., 2008).

Ainda segundo Jones et al. (2008), a maioria (60,3%) dos eventos de doenças infecciosas emergentes é causada por patógenos zoonóticos (aqui definidos como aqueles que têm uma fonte animal não humana). A densidade populacional humana é um preditor independente significativo para o surgimento de eventos de DIE, apoiando as hipóteses de que o surgimento de doenças é, em grande parte, um produto de alterações antropogênicas⁵ e demográficas – um "custo" oculto do desenvolvimento econômico humano.

Patz et al. (2004) seguem a mesma linha de raciocínio, argumentando que a mudança no uso da terra, que inclui a agricultura, tem ligação causal com as doenças infecciosas emergentes.

Faço um breve apanhado dos vírus respiratórios emergentes que, nas décadas recentes, têm causado impacto na saúde pública global. Tais vírus continuam a surgir e

⁵ Antropogênico: o que é causado por ação humana

são desafios à saúde pública:

2002: Coronavírus da síndrome respiratória aguda severa (Sars- CoV);

2009: vírus da influenza H1N1;

2012: Coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers-CoV)⁶;

2019: Sars-Cov-2(Covid-19).

O Coronavírus pertence a uma grande família de vírus que são conhecidos por causarem doenças que vão do resfriado comum a enfermidades mais graves, como a síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers) e a síndrome respiratória aguda severa (Sars). Os coronavírus também causam doenças em uma ampla variedade de espécies de animais, o Sars- CoV foi transmitido pelos gatos aos humanos na China, em 2002, e o Mers- CoV, pelo camelo dromedário na Arábia Saudita, em 2012. Vários coronavírus conhecidos circulam em animais e ainda não infectaram humanos. Um evento de transpasso entre espécies – spillover, em inglês– ocorre quando se descobre que um vírus que normalmente circula nas espécies animais foi transmitido aos humanos (OMS, 2020).

Figura 5 – As possíveis origens e circulações da Covid-19



Fonte: IBT Bio serviços. Disponível em: <https://www.ibtbioservices.com/assays-and-protein-expression/coronavirus-the-origin-story/>. Acessado em : 18 julh. 2021.

⁶ A síndrome respiratória do Médio Oriente Médio (Mers) é uma doença respiratória contagiosa, às vezes fatal. Costuma espalhar-se pelo contato próximo com uma pessoa infectada. Os sintomas incluem febre, tosse e falta de ar. Outros sintomas podem incluir náuseas, vômitos e diarreia (TESSINI, 2021).

Segundo Zanutto, (2020) até o momento, sabe-se que sete coronavírus humanos (HCoV) possuem origem zoonótica. Dois deles são alfa-coronavírus (HCoV-229E e HCoV-NL63), descobertos na década de 1960. Os outros cinco são do gênero beta: HCoV-OC43, HCoV-HKU1, Sars-CoV (Coronavírus – síndrome respiratória aguda grave, do inglês severe acute respiratory syndrome coronavírus), Mers-CoV (síndrome respiratória do Oriente Médio – Coronavírus, do inglês Middle East respiratory syndrome coronavírus) e Sars- CoV-2. O Sars-CoV foi descoberto em 2002, em Guangdong (China). Sua epidemia causou pouco mais de 8 mil casos e 916 mortes. Alguns desses vírus causam resfriados brandos, como é o caso dos HCoV-OC43 e HCoV-HKU1, descobertos em 2004.

Ainda no contexto dos Coronavírus, o Mers-CoV induz pneumonia aguda. A infecção pelo Mers-CoV resultou em 2.254 casos, com pouco mais de 800 mortes. O novo Coronavírus, Sars-CoV-2, foi identificado inicialmente em dezembro de 2019, em um surto de pneumonia em pacientes humanos na cidade de Wuhan, China. A doença desencadeada pelo Sars-CoV-2 foi denominada Covid-19, abreviação de Coronavírus disease 2019(ZANUTTO, 2020).

2.3 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DA DOENÇA PROVOCADA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO MUNDO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), até o dia 30 de julho de 2020, 16.812.755 casos confirmados de Covid-19 (253.793 novos em relação ao dia anterior) e 662.095 mortes em decorrência da doença provocada pelo vírus (5.999 novas em relação ao dia anterior) haviam sido contabilizados no mundo. Os dados por região são:

Região africana: 754.390 casos confirmados (16.046 novos casos em relação ao dia anterior) e 12.838 mortes (319 novos óbitos em relação ao dia anterior);

Região das Américas: 8.980.181 casos confirmados (139.657 novos casos em relação ao dia anterior) e 346.554 mortes (3.919 novos óbitos em relação ao dia anterior);

Região europeia: 3.307.388 casos confirmados (23.438 novos casos em relação ao dia anterior) e 212.079 mortes (460 novos óbitos em relação ao dia anterior);

Região do Mediterrâneo oriental: 1.520.745 casos confirmados (13.011 novos casos em relação ao dia anterior) e 39.203 mortes (388 novos óbitos em relação ao dia anterior);

Região do Pacífico ocidental: 299.460 casos confirmados (3.847 novos casos em relação ao dia anterior) e 8.291 mortes (29 novos óbitos em relação ao dia anterior);

Região do sudeste asiático: 1.949.850 casos confirmados (57.794 novos casos em relação ao dia anterior) e 43.117 mortes (884 novos óbitos em relação ao dia anterior).

No Brasil nessa mesma data, confirmaram-se 2.483.191 casos (40.816 novos casos em relação ao dia anterior) e 88.539 mortes (921 novos óbitos em relação ao dia anterior) (OPAS BRASIL, 2020).

No estado de Goiás, em 30 de julho de 2020, haviam sido identificados 66.059 casos confirmados e 1.606 mortes em decorrência da Covid-19 (GOIÁS, 2020a). Mais precisamente na cidade de Aparecida de Goiânia, até 30 de julho de 2020, havia 12.064 casos confirmados (523 novos casos em relação ao dia anterior) e 159 mortes (seis novos óbitos em relação ao dia anterior) (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2020a).

Com a atualização dos dados para a qualificação, encontramos, em 28 de novembro de 2020 – aproximadamente quatro meses depois – os seguintes números:

No Brasil, até 27 de novembro de 2020, havia sido registrado um total de 6.204.220 casos confirmados e 171.460 mortes (ALENCAR, 2020).

No estado de Goiás, haviam sido registrados 278.802 casos confirmados e 6.344 casos de óbitos até as 10h38min, no dia 28 de novembro (GOIÁS, 2020b).

Já em Aparecida de Goiânia, até 27 de novembro de 2020, havia 39.846 casos confirmados e 554 mortes (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2020b).

3.0 CAPÍTULO III

3.1 SER PROFISSIONAL DA SAÚDE E ENFRENTAR O NOVO CORONAVÍRUS, UM MAL INVISÍVEL

Trabalhar em unidade de saúde e ser um profissional de saúde faz com que algumas coisas sejam consideradas normais e comuns para quem está “dentro”. Por “dentro”, refiro-me ao fato de ser um profissional de saúde, estudando profissionais de saúde. Não é uma tarefa fácil, pois a sensibilidade pode se confundir e, por vezes, colocar o pesquisador em situações conflituosas.

O ano de 2020 mal havia começado. Quando ia tomando rumo, passadas as festividades da virada, com o retorno de alguns a seus lares e outras pessoas ainda de férias, já com os preparativos do carnaval em marcha, os noticiários internacionais começam a noticiar que havia surgido, na China, um vírus novo e muito potente. Reportagem do portal de notícias UOL, publicada no dia 13 de março de 2020, informa que o primeiro caso de Coronavírus teria ocorrido em novembro de 2019⁷. Em pouco tempo, esse vírus com alta taxa de propagação havia tomado algumas províncias da China, com destaque para a cidade de Wuhan, que ficou associada ao epicentro da nova enfermidade. A doença foi denominada Covid-19. "CO" significa Corona, "VI" vem de vírus, e "D" representa "doença". O número 19 indica o ano de sua aparição, 2019.

Todos ficaram com os olhares voltados para fora do Brasil, com receio e preocupação quanto à possível chegada desse vírus tão potente e devastador ao país. Em pouco tempo, o alastramento do vírus conflagrou uma pandemia. Segundo o site Telessaúde São Paulo (UNIFESP, 2020), a pandemia é, em uma escala de gravidade, o pior dos cenários para a saúde mundial. Ela acontece quando uma epidemia se estende a níveis globais, espalhando-se por diversas regiões do planeta. Em 2009, a gripe A (a chamada gripe suína) passou de epidemia a pandemia, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a registrar casos nos seis continentes. A 11 de março de 2020,

⁷ “A primeira infecção conhecida da Covid-19, a doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, ocorreu no dia 17 de novembro de 2019, de acordo com uma investigação do jornal ‘South China Morning Post’, de Hong Kong, com base em dados do governo. O jornal afirma que uma pessoa de 55 anos da província de Hubei, foco do surto, teria sido a primeira a contrair a Covid-19” (EFE, 2020).

a Covid-19 passou de epidemia a pandemia (UNA-SUS, 2020).

De dentro de uma unidade que atende a tantos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como a que figura nesta pesquisa, inúmeras indagações começaram a surgir por parte dos servidores. Entretanto, a maioria tinha em mente que era pouco provável que o Coronavírus chegasse ao Brasil e ainda menos provável que chegasse a Aparecida de Goiânia.

“Nunca imaginei que iria chegar realmente ao Brasil, tanto é que eu nem me preocupava no começo” (profissional da saúde nº 1, 31 de julho de 2020 – residência do(a) profissional), afirmou um(a) entrevistado(a). “Eu achava que era mais uma invenção política da esquerda contra a direita, porque sempre existiu isso no Brasil, da direita querer esconder as coisas e a esquerda querer mostrar” (profissional da saúde nº 1, 31 de julho de 2020 – residência do(a) profissional), completou.

Nas falas do(a) profissional da saúde nº 1, observa-se seu descrédito pelas notícias que recebia através de telejornais e sites de informações da internet. O(a) entrevistado(a) também situa os termos a partir de questões políticas: em seu pensamento, havia a intenção de politizar a doença para ganhar espaço político. Falando de “dentro”, o(a) entrevistado(a) sabia que o município de Aparecida de Goiânia, assim como vários outros, não estava preparado para uma catástrofe na saúde, como a que estava acontecendo em outros países.

Inicialmente, eu também acreditava que era pouco provável que tamanho alarde fosse realmente chegar e causar terror na comunidade de modo geral. A incredulidade dos profissionais de saúde, aliás, foi maior do que a do restante da população, chegando-se a permitir a realização do carnaval no Brasil – festa que aglomera milhares de pessoas em condições sanitárias precárias, na qual mais vale a emoção por parte dos foliões e a lucratividade por parte dos governantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo Coronavírus (Covid-19) constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional⁸ – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no

⁸ O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países do mundo, que inclui todos os Estados membros da OMS. Seu objetivo é ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder a riscos graves à saúde pública, que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar vidas em âmbito global (OMS, 2008).

Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2008).

Se o Coronavírus fosse realmente uma emergência de saúde pública de importância internacional, como vinha sendo relatado pelas mídias internacionais e pela nacional, como poderia um presidente que representa a todos os brasileiros – Jair Bolsonaro –, diante do alto poder de infectividade do vírus, deixar que o carnaval acontecesse? A grande maioria dos profissionais dessa unidade descreditaram as autoridades de saúde internacionais, pois em seu pensamento, jamais um líder de uma nação deixaria que algo pudesse dizimar os mais fracos, com predominância de idosos – inclusive, visto que o presidente do Brasil, nascido a 21 de março de 1955, tem 65 anos.

Como muitas moléstias que acontecem fora do Brasil e são noticiadas não chegam a afetar a saúde pública no país – como foi o caso do Ebola (2013-2016)⁹ –, esses profissionais não deram a importância devida ao noticiário. De toda maneira, eles acreditavam que não poderiam fazer muita coisa, visto que cabe aos secretários de saúde estadual e municipal e aos superintendentes de vigilância em saúde estadual e municipal tomar providências na competência de profissionais que ocupam cargos para pensar e atuar antes que algo aconteça com a população adstrita. O profissional de saúde nº 2, por exemplo, afirmou:

Não achei que chegaria, eu não achei, assim.. A primeira notícia que eu tive foi em pleno carnaval, foi coisa que a gente... Eu lembro como se fosse hoje, a gente estava numa festa na casa do meio tio, eu falei: Ah, meu Deus do céu! Lá vem o pessoal inventando moda de trem de Covid-19. Oh, meu Deus...! Eu coloquei na minha cabeça que era idiotice (profissional de saúde nº 2, 11 de agosto de 2020 – UPA Flamboyant).

Como alguns outros interlocutores, essa(e) profissional de saúde não estava acreditando que o vírus realmente pudesse chegar ao Brasil. Em sua percepção, era época de carnaval e “boatos” poderiam ser espalhados para amedrontar a população e causar mais alarde.

Voltando ao foco local de nossa pesquisa, havia nos bastidores inúmeros comentários acerca da pandemia. Os servidores reconheciam, entre si, que se a doença chegasse ao Brasil, o caos seria instalado, pois não havia condições de enfrentar a magnitude de uma pandemia.

⁹ Para informações sobre o surto do ebola, ver Veja Saúde (2021).

Não tínhamos EPIs nem para as nossas bactérias, as KPCs da vida, acinetos, pseudomonas, imagina para um vírus tão potente, como mostrado pela mídia. Se [ele] chegar, vamos morrer todos, certeza. Ainda mais que somos técnicos de enfermagem e somos os primeiros a ser atingidos, né? Porque somos o escudo da saúde, a arma que eles tem, arma essa descartável, pois os CORENs, sindicatos não estão nem aí para nós. Basta você olhar meu número de registro, já é 1 milhão e alguma coisa, você acha que isso importa pra eles, sendo que somos descartáveis? (profissional da saúde nº 1, 31 de julho de 2020 – residência do(a) profissional).

Analisando o cenário da unidade, que é sabidamente precário, e sendo de “dentro”, podemos entender que tais profissionais estavam e estão com a razão, pois na hierarquia das profissões da saúde, os técnicos de enfermagem são literalmente o escudo de todas as patologias, todos os vírus e bactérias, antes que atinjam outras categorias.

Não deixo de ressaltar, contudo, que existem sim equipamentos de proteção individuais em quantidade suficiente, embora nem todos tenham o hábito ou gostem de usá-los. Isso compromete substancialmente qualquer andamento de unidade de saúde, expondo não somente esses profissionais a doenças, mas também a todas as pessoas que ali estão exercendo suas atividades laborais, os pacientes internados e à espera de atendimento. Voltarei em outro momento a tratar dos profissionais de saúde e do uso de equipamento de proteção individual.

Os plantões foram passando e, a cada dia, uma nova onda de conversas atravessava a unidade. Agora, via-se no rosto dos profissionais expressões de medo: a 19 de janeiro de 2020, o famoso vírus do tipo “Sars” que estava sendo transmitido entre humanos já havia saído de Wuhan, na China, e se espalhava por outros países, inclusive nas Américas (TERRA, 2020).

No dia 26 de fevereiro de 2020, quarta-feira, o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso de Coronavírus no Brasil, na cidade de São Paulo (MS, 2020b). No dia 5 de março de 2020, foi noticiado pelo portal G1 DF (2020) que o Distrito Federal já tinha seu primeiro caso confirmado para a Covid-19.

À medida que a doença foi ficando mais próxima, os profissionais viram aumentar suas apreensões e medos, pois até o momento, a única informação dos noticiários era sobre o número exponencialmente crescente de contaminados, com ênfase nas mortes. Informavam – se mortes de profissionais da área da saúde como baixas em campos de

guerra. Na reportagem publicada pela revista Época no dia 11 de abril de 2020, entrevistou-se o técnico de enfermagem Mário Cavalcante, que trabalhava em dois hospitais em São Paulo e tinha sido diagnosticado com Covid-19 em 31 de março de 2020 – pouco mais de um mês após o primeiro caso confirmado no país. Em uma de suas falas, Mário Cavalcante responde:

Algumas profissões você escolhe, outras você é escolhido. Eu fui escolhido, trabalho há 26 anos nessa função, que é a que tem mais contato com o paciente. Não será em uma hora dessa que vou ficar com receio de lidar com o vírus. Eu me sinto como um soldado ferido em guerra e meus companheiros são minha tropa. Não abro mão de lutar com eles (MERGULHÃO, 2020).

A reportagem continua, com relatos que trazem mais informações sobre essa “guerra”: a “tropa” de Cavalcante acumula baixas. O hospital Albert Einstein confirma o afastamento de 348 dos seus 15 mil colaboradores em virtude da Covid-19. Para o técnico em enfermagem, esse é um motivo a mais para o retorno imediato ao trabalho (MERGULHÃO, 2020).

A cada momento, chegava um vídeo novo, de alguma enfermeira ou médicos e médicas da Itália, Estados Unidos e tantos outros países, com relatos de que não era simples o que estavam vivendo. Diziam que, sem sombra de dúvida, a Covid-19 matava, que os profissionais de saúde não estavam sabendo como lidar com tantas mortes, que iam empilhando corpos em necrotérios, pois as funerárias não estavam dando conta de tanto trabalho. Esses filmes circulavam em grupos de WhatsApp da UPA Flamboyant.

Entre outros veículos de informação, a BBC Brasil publicou, do dia 20 de março de 2020, uma matéria sobre como um enfermeiro de Cremona, na Itália, sentia-se frente ao impacto do Coronavírus. O profissional, Paolo Miranda, compartilhava fotos do dia a dia em seu trabalho e declarava: “Todo mundo está nos chamando de heróis, mas eu não me sinto como um. Somos profissionais, mas estamos ficando exaustos. Hoje, sentimos que estamos nas trincheiras – e todos estão com medo” (BETTIZA, 2020).

Foto 4 – Profissionais da saúde exaustos, devido à sobrecarga de trabalho



Foto: Paolo Miranda, extraída de Bettiza (2020).

O enfermeiro diz que, com suas fotos, quer mostrar as forças, mas também fragilidades dos colegas; Itália 20 de março de 2020.

Após a chegada do vírus ao Brasil e com tantas informações negativas, os servidores ficaram extremamente assustados, espantados. Alguns acharam que tudo iria acabar e que todos morreriam. “Se lá, que tem tantos meios para se proteger, estão morrendo assim, imagina quando [o vírus] pegar a gente aqui dentro, vai ser uma morte atrás da outra” (profissional da saúde nº 15, 3 de setembro de 2020 – Vigilância Epidemiológica).

O medo não se restringia somente a eles próprios, pois a maioria morava com algum ente querido, fosse mãe, pai, irmãos, avôs e avós e/ou seus filhos, de várias idades. A maioria dos entes queridos tinha algum tipo de doença ou agravante, incluindo-se diabetes, pressão alta, alcoolismo de longa data, tabagismo, asma, dislipidemia, insuficiência renal, ou qualquer outra forma de acometimento neurológico e/ou sistêmico, como é o caso dos inumodeprimidos.

A chegada do primeiro caso à capital do estado de Goiás, Goiânia, foi noticiada no dia 12 de março de 2020, quando o G1 Goiás estampou a chamada: “Goiás tem três casos confirmados de Coronavírus, diz governo”. A reportagem dizia que:

Um dos casos é de uma idosa de 61 anos, moradora de Rio Verde, região sudoeste de estado, que esteve recentemente na Espanha e teve contato com 28 pessoas que já estão em monitoramento pela Vigilância de Saúde estadual. Os outros dois casos confirmados são de duas mulheres de Goiânia, de 31 e 38 anos. A mais jovem viajou para os EUA e a outra, para a Itália (TULIO; OLIVEIRA, 2020).

Com essa notícia, todos os profissionais que estavam de plantão na unidade entraram em pânico. Nesse dia, eu estava de plantão e o que se via eram colegas enfermeiros e técnicos correndo pelos corredores e chorando em desespero, como se tivessem perdido o pai ou a mãe. O(a) profissional da saúde nº 3 parou no meio do corredor central da unidade, onde estava concentrada a maioria dos profissionais, e disse: “meu Deus, como vou fazer, tenho mãe doente em casa, como vou voltar para casa, não quero levar ‘isso’ para ela, se ela pegar, com certeza vai morrer e eu serei a culpada. E agora Flavio, o que eu faço?” (profissional da saúde nº 3, 14 de agosto de 2020 – UPA Flamboyant). Nesse momento, lágrimas rolaram em sua face; era possível ouvir seus suspiros de longe.

Ninguém era capaz de conter a inquietude. Eu também fiquei com medo, pois até então nunca tinha visto algo desse tipo acontecer. Tinha assistido a filmes¹⁰ de pandemias e surtos de alguns vírus mortais que colocam cidades em pânico, com pessoas correndo como se estivessem no apocalipse bíblico. Pessoalmente, essa não é das melhores visões. Sem contar que todas as pessoas que estão exercendo sua profissão neste momento só tinham ouvido falar em pandemias em livros e não tinham ideia do que é estar dentro de uma pandemia como protagonista de uma história que será mais bem contada daqui a alguns anos.

Não tardou o início dos atendimentos aos primeiros casos suspeitos da Covid-19. Todos os casos suspeitos, até aquele momento, eram de pessoas de classe média alta – com poder aquisitivo superior às demais ali presentes –, que tinham sido expostas em viagens internacionais realizadas a passeio, em alguma parte da Europa, Japão, China, Estados Unidos, etc. Começaram assim os entraves, pois alguns profissionais que

¹⁰ Filmes: *Contágio*, de Steven Soderbergh (2011); *Ensaio sobre a cegueira*, de Fernando Meirelles (2008) – adaptação de livro homônimo de José Saramago; *O enigma de Andrômeda* – baseado no livro homônimo de Michael Crichton; *A gripe* (2013); *Os 12 macacos* (1995).

estavam lá para realizar atendimento, principalmente da equipe médica, insistiam em atender somente aos mais pobres, argumentando que o SUS é para pobres, pois os ricos têm planos de saúde, que “não viessem trazer essa peste para nós aqui, no SUZÃO” – aumentativo da sigla SUS de uso corrente entre os servidores da saúde. Essas reações apareceram em março de 2020, quando apareceram as primeiras suspeitas de casos de Covid-19 em Aparecida de Goiânia.

Sobre o entendimento de que o SUS é para pobres e que os ricos têm planos de saúde e podem recorrer à assistência privada, Lígia Bahia (apud Nascimento; Melo, 2014, p. 265-266) comenta:

[...] o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais de saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para os pobres. A solução aparentemente realista para acomodar as tensões tem sido encarada pelos otimistas como uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema de fato único. Os pessimistas o vêem como demonstração cabal da ineficiência do público e da imprescindibilidade do mercado. Ambas as interpretações supõem a impossibilidade de uma universalização, em curto prazo, e, de certo modo admitem uma complementaridade harmoniosa entre sistemas diferenciados pelo status socioeconômico das demandas.

As primeiras orientações eram prestar atendimento a toda pessoa que tivesse viajado nos últimos dias e apresentasse febre, tosse, calafrios e/ou cefaleia, oferecendo tratamento devido à forte suspeita da Covid-19. Porém, em pouco tempo, o Ministério da Saúde declarou transmissão comunitária nacional (MS, 2020c).

Esse método de estadiamento, ou seja, de escalonamento de sinais e sintomas da doença causou inúmeros problemas, pois muitos médicos estavam se recusando a atender tais pessoas, argumentando que, se elas tinham dinheiro para viajar, então teriam dinheiro para planos de saúde. No dia 28 de março de 2020, o clínico geral Arnaldo – troquei o nome para preservar sua identidade e não gerar conflito de interesse –, totalmente paramentado com todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) disponíveis naquele momento, recusou-se a atender um paciente com sintomas gripais e com histórico de viagem para o exterior. Os administrativos que levaram a ficha até o médico voltaram à sala do núcleo de vigilância epidemiológico da unidade e perguntaram o que eles podiam fazer se o médico não queria atender. Eu mesmo estava no núcleo nesse dia, peguei a ficha de atendimento, fui até o médico e conversei com ele. Mesmo

diante da insistência, ele se recusou a avaliar o paciente, pegou a ficha de cadastro, fez sua prescrição apenas com a classificação de risco feita pela equipe de enfermagem e solicitou exames para ganhar tempo, mandando entregar a prescrição e o pedido de exame ao paciente. Somente após algumas conversas bem acaloradas comigo, o médico levantou-se para avaliar o paciente, após tê-lo medicado sem ao menos olhar para ele.

Quando chegamos à área de isolamento improvisado, onde tínhamos colocado o paciente, o médico o avaliou e logo descartou a suspeita de Coronavírus, dando diagnóstico de farmacodermia¹¹, pois o paciente tem HIV e estava apresentando reações sistêmicas à medicação que vinha utilizando para controle do vírus.

Mas o novo Coronavírus veio para escancarar que tanto o sistema suplementar de saúde, dos planos de saúde, quanto o sistema público apresentam fragilidades estruturais que não são mostradas pelos representantes políticos à sociedade que os elegeu.

A emenda constitucional 95/2016, aprovada no governo do ex- presidente Michel Temer, instituiu o teto (limite máximo) de investimentos nas áreas da saúde e educação para o período de 2018 a 2036, visando, entre outras coisas, reduzir os recursos aplicados no Sistema Único de Saúde.

Matéria publicada pelo portal Ig Economia informa que, segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), houve perda de R\$ 22,5 bilhões para o SUS do início de 2018 – quando as novas regras do teto passaram a valer – a março 2020 – quando os primeiros casos de Covid-19 apareceram no país. Os efeitos negativos da emenda constitucional 95/2016 estão incluem o corte de gastos em saúde por pessoa, que caiu de R\$ 594 (em 2017) para R\$ 583 (em 2019). O cálculo em porcentagem da receita corrente líquida do sistema também caiu de 15,77% para 13,54% (MARCO ZERO CONTEÚDO, 2020).

Ainda segundo o Ig, o Conselho Nacional de Saúde previa um agravamento da situação a partir de 2021, pois o SUS precisa de condições para operarem contexto pós-pandêmico sem vacina estabelecida e aprovada pela Organização Mundial da Saúde

¹¹ Farmacodermia é uma reação adversa que pode ser entendida como qualquer efeito indesejável na estrutura ou função da pele, dos anexos ou das mucosas. Entre as drogas mais comumente envolvidas estão os antibióticos, anti-inflamatórios, quimioterápicos, anticonvulsivantes e psicotrópicos (CRF-SP, s.d.).

(OMS). Ainda que exista a vacina, segundo o órgão, o SUS precisa de orçamento para a aquisição do insumo e para atenuar a demanda reprimida de 2020, decorrente do adiamento de cirurgias eletivas e exames de maior complexidade devido ao Coronavírus, assim como das consequências da interrupção do tratamento de doenças crônicas. A imprensa tem relatado que muitas pessoas têm deixado de ir a consultas e hospitais por temor de contrair a Covid-19 (MARCO ZERO CONTEÚDO, 2020).

Nesse sentido, o enfraquecimento do SUS só é sentido pelos que lutam pela sua permanência, como os sindicatos de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, e por quem presta assistência direta ao cidadão. Os profissionais que atuam na rede pública percebem as sutilezas da precariedade no dia a dia e sentem que há diminuição dos direitos adquiridos. Como se fosse proposital, a culpa recai sobre quem presta assistência e nunca sobre os que fazem e regulamentam as leis.

Nesse sentido, trago dois depoimentos sobre a precariedade que envolve os profissionais da saúde:

Não, não estão se preocupando, por que se estivessem se preocupando, dariam condições financeiras, condições de trabalho, condições mentais pra a gente trabalhar. Nós não temos condições financeiras, nós não temos estrutura pra trabalhar, faltam insumos, faltam insumos, em qualquer unidade pública está faltando insumo (profissional da saúde nº 8, 23 de agosto de 2020 – UPA Flamboyant).

No nosso caso, somos descartáveis, porque somos celetistas, profissionais celetistas [...], não tem um contrato que garanta nada, se você não produz, você não recebe (profissional da saúde nº 9, 25 de agosto de 2020 – UPA Flamboyant).

Corroborando esse pensamento, Giovanni Alves (2020), na postagem O novo coronavírus e a catástrofe do capitalismo global, publicada no blog da editora Boitempo, recorda que epidemiologistas e infectologistas já vinham anunciando a possibilidade de uma pandemia dessas proporções há pelo menos uma década – o que revela o desprezo político histórico por parte dos governantes, que só pensam em seus interesses e nos interesses de seus aliados, que não estão à margem da sociedade.

O novo coronavírus tem uma função heurística: explicitar, de modo contundente, as profundas fragilidades das sociedades capitalistas mais desenvolvidas na proteção social. Países como os EUA, o Reino Unido, a Espanha e a Itália, entre muitos outros (inclusive o Brasil) pagam o preço pelas políticas de austeridade neoliberal que nas últimas décadas debilitaram os sistemas públicos de saúde (ALVES, 2020).

3.2 UPA FLAMBOYANT: O SAIR DO ENFERMEIRO E O ENTRAR DO APRENDIZ DE ANTROPÓLOGO

A entrada em campo na UPA Flamboyant não demandou apresentações por parte da direção, visto que sou servidor ali também. Porém, o início dos trabalhos de campo gerou certa dificuldade, uma vez que passei a desempenhar um novo papel – o de pesquisador. Como se trata de uma unidade de urgência e emergência, que também é unidade escola, a questão de espaço físico torna-se uma tarefa desafiadora a cada entrada em campo. Das várias salas da unidade, ora uma, ora outra fica vazia. Foi nesses momentos que pude realizar as entrevistas. A movimentação do local e o barulho foram constantemente meus companheiros. Conseguir as chaves das salas vazias era fácil, pois todos na direção são bastante acolhedores e acessíveis.

Senti que minhas abordagens sempre foram bem recebidas, mas quando eu falava sobre o tema da pesquisa, a maioria não entendia. Alguns faziam perguntas como: “o que é antropologia?”; “De onde você tirou isso?”; “Só você mesmo Flavio, mas o que você quer saber com isso?”. Após vários minutos de explicações, estávamos em condições de começar a entrevista.

À medida que foram acontecendo as entrevistas, várias pessoas vieram até mim, pedindo para participar, pois “o ‘fulano’ contou que participou e que foi bom”.

Os entrevistados relataram que a profissão da enfermagem é desvalorizada e quase não aparece ninguém para lutar ou escrever algo sobre ela – razão pela qual, quando acham alguém que irá escrever e que gosta do que faz, aproveitam para abrir seus corações. Na hierarquia das profissões, a de enfermeiro é vista como subalternizada e inferiorizada, pois esses profissionais são os executores de trabalhos braçais nas unidades de saúde: os trabalhos braçais da enfermagem são traduzidos como cuidados, a “ciência da enfermagem”.

Mas como poderia eu falar “por” essas pessoas? Como integrante da classe, sei

de todas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem e sinto a desvalorização na pele. Sabemos que, para a medicina, somos apenas executores de prescrições.

Neste item, tenho justamente o propósito em dar voz à enfermagem. Spivak (2010), no livro *Pode o subalterno falar?*, ajuda-me a refletir sobre minhas inquietações em relação à profissão de enfermagem, considerada por alguns membros da própria categoria uma profissão não elitizada, de pessoas frustradas por não terem conseguido a tão sonhada carreira na medicina. Talvez essa desvalorização esteja intimamente ligada ao início da atividade, originalmente exercida por pessoas que aceitavam trabalhar por uma baixa remuneração, por irmãs de caridade que praticavam a enfermagem por vocação e, em suma, por pessoas consideradas “boazinhas e gentis” que aceitavam tudo sem queixas, ou mesmo por prostitutas que buscavam redenção (SILVA, 2010).

Ocupo um espaço ambíguo, o de enfermeiro assistencialista e o de pesquisador em antropologia da saúde, trabalhando com os profissionais da saúde em meio a uma pandemia sem precedentes. Esse entre-lugar que passei a ocupar me faz ver os dois lados de uma mesma situação: o lado dos profissionais de saúde, com suas angústias e medos, vivendo cada instante como se fosse decisivo em suas vidas e nas vidas de seus entes queridos, e o lado do pesquisador que precisa estar “dentro” e “fora” para poder redigir e expor os fatos para escrever sua dissertação. Utilizo o termo “entre-lugar”, de Silviano Santiago (2000), como forma de relativizar o lugar que ocupo ao desenvolver esta pesquisa. A expressão também me permite entender que não estou nem acima dos pesquisados, nem abaixo deles.

O lugar que ocupo agora, o de pesquisador, permite expor os sentimentos, anseios, medos e dúvidas dos profissionais de saúde, assim como trazer suas inquietações quanto ao vírus, em decorrência de informações incipientes sobre formas de transmissibilidade. A falta de informação resulta, na maior parte dos casos, de uma formação técnica deficitária, pois tais profissionais recebem treinamento de executores, sem envolvimento com a cientificidade no cotidiano – o que os torna mais vulneráveis. Há ainda uma falta de hábito de buscar informações. Quando as buscam, isso acontece através das mídias (jornais televisivos, Facebook, Instagram¹², grupos de WhatsApp),

¹² Facebook e Instagram são redes sociais online de compartilhamento de fotos e vídeos entre seus

não em fontes confiáveis de periódicos e revistas ou sites de informações que garantam a robustez e fidedignidade dos dados ali informados.

Como também estou atuando como pesquisador, consigo ver a falta de instalações seguras para as atividades laborais na UPA, com falta de planejamento para prevenir maiores complicações em relação ao adoecimento dos colaboradores. Isso faz transparecer que eles estão trabalhando somente na vertente de tratamento e nunca na vertente de prevenção.

Quando utilizei o termo “aprendiz de antropólogo”, eu tinha ciência do que eu queria, pois etnografei o que é comum a um enfermeiro, ou seja, sua vivência hospitalar – que, para mim, não é estranha – e vivenciando uma nova fase de descobertas, com outro olhar. O termo “aprendiz” coloca-me no lugar do “outro”, conectando-me a dois mundos de saberes distintos.

Com a experiência de um enfermeiro de emergência e urgência que sabe de todas as rotinas de um serviço de urgência e emergência, sempre fiquei atento aos horários considerados mais tranquilos para as entrevistas, visto que, no período matutino, o trabalho é bastante intenso em determinados setores da unidade, como a enfermaria, atualmente com vinte leitos, entre adultos e infantis, e a estabilização – conhecida pela população em geral como semi-UTI –, com seis leitos.

Nesses locais, eu não poderia abordar nenhum servidor no período da manhã, pois todos estariam extremamente ocupados com seus afazeres assistenciais. Outro horário de aumento do fluxo é após as 17h30, quando os médicos aceleram o atendimento para dar vazão à maior quantidade possível de pacientes – que esperaram praticamente o dia todo –, antes da passagem de plantão, sem acúmulo de pacientes do período diurno para os que chegam no período noturno.

As rotinas do período noturno são bastante diferentes das rotinas dos períodos diurnos, com o esforço de atender o máximo de pessoas até as 23h, devido ao revezamento de horário de repouso, que se inicia à meia-noite. Então, tudo é mais

usuários, que permitem aplicar filtros digitais e os compartilhar em uma variedade de serviços de redes sociais (Wikipedia, 2020). WhatsApp é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*. Além de mensagens de texto, os usuários podem enviar imagens, vídeos e documentos em PDF, além de fazer ligações grátis por meio de uma conexão com a internet.

corrido, com observações acontecendo nos corredores e recepção da unidade. Nota-se que os pacientes que chegam para os atendimentos noturnos são bem mais agressivos do que os que vêm durante o dia. Os servidores relatam que é porque os pacientes já trabalharam o dia todo e, quando chegam à unidade, estão esgotados e querendo descansar, mas algum mal estar os incomoda.

Participar das classificações de risco – consultas de enfermagem dos pacientes com suspeitas ou não da Covid-19 –, de consultas médicas, de atendimentos dos psiquiatras e psicólogos e da fisioterapia da unidade como pesquisador dá outra visão dos atendimentos. Percebo nuances que antes não conseguia ver e que agora se tornam gritantes.

A classificação de risco é privativa do enfermeiro e pertence ao âmbito da equipe de enfermagem, observadas as disposições legais da profissão, conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2012). As consultas de enfermagem são o processo da enfermagem, um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional da enfermagem e a documentação da prática profissional. Tal processo deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorra o cuidado profissional da enfermagem. Esse cuidado segue cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (BRASIL, 2009). Essas etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compõem o processo de enfermagem e a consulta de enfermagem.

Patologizar o paciente, por exemplo, ao se referir a ele por nomes como “o diabético” do leito três”, despersonalizar o paciente, com classificações como “esse aí o do leito quatro”, infantilizar o paciente, com uso de termos no diminutivo para se referir a ele – “a vizinha aí”, ou “o vizinho” – são formas corriqueiras de tratamento dos pacientes dentro desta unidade de saúde. Isso era antes visto por mim como normal. Eu ignorava a dominação exercida pelos profissionais de saúde que, involuntariamente ou não, exercem o saber poder, colocando o paciente em forma passiva de ser, na qual ele é obrigado a aceitar o que foi dito (FOUCAULT, 1999). Esse poder exercido pelo profissional de saúde afeta diretamente a enfermidade do paciente, que chega com sinais e sintomas e, muitas vezes, sai de lá associado nominalmente a alguma doença, que soa

terrível.

3.3 DO DESCRÉDITO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO MEDO EXTREMO DA COVID-19

Enquanto o vírus estava sendo noticiado pelos telejornais fora do Brasil, a maioria dos profissionais de saúde da UPA Flamboyant não acreditavam que esse mal nos alcançaria. Pensavam que isso não passava de uma questão de política brasileira entre partidos de direita e esquerda, pois o presidente da

República proferia falas minimizando os fatos – deixando-lhes mais confiantes de que não teriam que passar pelo problema anunciado.

Contudo, no dia 30 de abril de 2021, o site G1 publicou uma compilação em vídeo de falas do presidente da República do Brasil, acentuando sua política negacionista que romantizava o perigo (G1, 2020). Reproduzo essa sequência, em ordem cronológica, a seguir:

26 de janeiro de 2020 – ‘Estamos preocupados obviamente, mas não é uma situação alarmante’.

25 de fevereiro de 2020 (primeiro caso de coronavírus confirmado no Brasil em São Paulo) – ‘Estamos tendo problema do vírus, o Coronavírus, o mundo todo está sofrendo’.

06 de março de 2020 – ‘O momento é de união. Ainda que o problema possa se agravar, não há motivos para pânico’.

10 de março de 2020 – ‘Obviamente temos no momento uma crise, uma pequena crise. No meu entender, muito mais fantasia, a questão do Coronavírus, que não é isso tudo que a grande mídia propala ou propaga pelo mundo todo’.

11 de março de 2020 (OMS declara epidemia de Coronavírus) – ‘O que eu ouvi até o momento [é que]... Outras gripes mataram mais do que essa’.

16 de março de 2020 – ‘Se eu me contaminei, está certo? Olha, isso é responsabilidade minha, ninguém tem nada ver com isso’ [No dia 17 de março de 2020, foi registrada a primeira morte na cidade de São Paulo, em decorrência da Covid-19].

20 de março de 2020 – ‘Depois da facada, não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar’ [Nesse momento, o Brasil já registrava 991 casos confirmados de Coronavírus em todo território nacional].

A priori, o entendimento de alguns profissionais de saúde sobre a Covid-19 não os alarmava e eles, acostumados com tantos problemas de saúde pública, como a reemergência de doenças já erradicadas no Brasil – caso do sarampo e da ameaça de retorno da poliomielite – e a perpetuação da HIV/Aids, por exemplo, seguiam a mesma linha que o presidente da República. Não havia temor de que uma ameaça que começara do outro lado do oceano pudesse ser tão grave como diziam os noticiários. Pensava-se que eram questões políticas, utilizadas em proveito de certos grupos e para manipular a massa.

Quando perguntei a meus interlocutores se eles acreditavam inicialmente que o Coronavírus poderia chegar ao Brasil e causar o transtorno que passamos a vivenciar em poucos meses, eles foram unânimes na negação. Cada profissional entrevistado apresentou suas justificativas. Trago duas delas, como exemplo do que estavam pensando naquele momento:

Não. Eu não achei, [...] mas depois que passaram alguns dias, eu fui entendendo que tem muitas pessoas, brasileiros lá, que vão e vem nesse trâmite, né, de ficar se deslocando de um lugar para o outro, eu comecei a cair em mim que [o vírus] poderia sim chegar ao Brasil (profissional de saúde nº 2, 11 de agosto de 2020 – UPA Flamboyant).

Não, não mesmo, inclusive eu fiz essa observação de que, quando não é você passando por aquilo, você acha que aquilo é um mito, você acha que é uma lenda e que é um mito que não chegou até você, e aí, de repente, uma coisa que surgiu do outro lado do mundo se espalha numa velocidade extremamente veloz (profissional da saúde nº 1, 31 de julho de 2020 – residência do(a) profissional).

Depois que o Ministério da Saúde publicou a Portaria 454/2020, considerando transmissão comunitária em todo território nacional, todos os servidores da UPA Flamboyant entraram em situação de alarme e de extremo medo. Eles consideravam todos os pacientes como infectados, já que não precisavam seguir os critérios de febre, tosse seca e histórico de viagem no exterior nos últimos 14 dias para a identificação de casos potencialmente suspeitos da Covid-19. Diante disso, começaram as mudanças e adaptações diante de algo novo, que não se via, não se sabia onde estava ou quem estava contaminado. Essa novidade despertava angústia, ansiedade, medo, pavor e sentimentos diversos a respeito do perigo invisível e portador da morte.

O(A) profissional de saúde nº 15, da enfermagem, contou o que sentiu no momento em que recebeu seu resultado do teste de Covid-19.

Quando eu olhei, meu Deus, eu assustei, quando eu vi o resultado detectado, aí eu desabei, estava sozinha em casa, entrei em desespero mesmo, né, as pernas começaram a tremer, eu chorava e olhava para o resultado na tela do computador e chorava sozinha, falei 'gente! não é possível que tenha sido contaminada', e realmente passa um turbilhão de ideias de informações, de coisas na sua cabeça, você se sente impotente porque estava em casa sozinha, até então minha irmã não estava, né, em casa, já estava no interior né, a 500km daqui, então já tinha uma semana que ela estava no interior ou mais, uns 10 dias, então nesse período, Flavio, aí começa uma outra etapa da minha vida, aí que eu falo que muita coisa mudou, porque me senti sozinha, me senti... falei 'nossa, agora preciso de todos os cuidados, quem vai me ajudar né? Ai! Eu vou complicar eu vou morrer', isso passou pela minha cabeça, se você perguntar para mim se passou por um momento na minha cabeça que eu ia morrer, passou. Passou na minha cabeça. 'Gente, eu vou complicar a qualquer momento de falta de ar e vou ter que me internar e eu sozinha, minha família toda longe né, o que é que eu faço?' (profissional da saúde nº 15, 3 de setembro de 2020 – vigilância epidemiológica).

As salas de classificação de risco foram adaptadas para dar maior segurança ao profissional de saúde que estivesse no atendimento a pacientes com suspeita da Covid-19. Foi vedada a entrada de acompanhantes, exceto para casos previstos em lei. A cadeira onde o paciente se senta foi afastada da mesa do enfermeiro, com uma distância de cerca de 1 metro, o que tornou o atendimento mais impessoal.

A foto abaixo mostra a disposição tradicional da mesa e da cadeira para o atendimento de pacientes que passavam pelo processo de classificação de risco. Até então, enfermidades como tuberculose, meningites, gripes, varicela, sarampo e outras doenças transmitidas por gotículas e aerossóis não causavam medo, apesar de seu poder de contaminação/infectividade, pela proximidade entre o enfermo e o classificador. Essa falta de medo pode ser atribuída à familiaridade do profissional de saúde com essas enfermidades, que o levam a subestimar sua patogenicidade¹³.

¹³ Patogenicidade é a capacidade de um agente biológico de causar doenças em um hospedeiro suscetível.

Foto 5– Sala de classificação de risco: como era antes da Covid-19



Foto: Flavio Toledo, 7 de setembro de 2020 – UPA Flamboyant.

Na foto abaixo, está representado o novo formato adotado pela UPA Flamboyant para a sala de classificação de risco e acolhimento aos usuários do serviço de saúde. Nesse momento de pandemia, fez-se necessário um distanciamento entre usuário e profissional de saúde, para garantir a segurança de ambos, pois tanto um, quanto o outro pode oferecer riscos de transmissão da Covid-19.

Foto 6– Sala de classificação de risco adaptada para receber casos de Covid-19



Foto: Flavio Toledo, 7 de setembro 2020 – UPA Flamboyant.

Os enfermeiros das classificações de risco estavam usando todos os EPIs disponíveis: capote impermeável, quase sempre de coloração azul, uma espécie de avental resistente à água, para evitar que gotículas de saliva atravessassem o tecido, luvas, óculos de proteção ou faceshield¹⁴, touca para proteção dos cabelos e máscara cirúrgica

¹⁴ *Faceshield* – equipamento de proteção individual feito de PVC transparente, que evita contato com gotículas, saliva e fluidos nasais que possam atingir o rosto, nariz, a boca e os olhos do servidor.

ou máscara N-95, que previne a absorção de partículas de aerossóis. Essa paramentação, anteriormente à Covid-19, só era utilizada em casos de atendimento a pacientes com tuberculose pulmonar e durante o surto de sarampo, no final do ano 2019, e mesmo assim, nem todos os itens eram utilizados, a exemplo do faceshield.

Como a Covid-19 é uma doença nova, com uma dinamicidade impressionante, a ciência ainda desconhece sua forma exata de transmissão e

o que deve ser feito para evitá-la. Por esses fatores, é difícil saber se os equipamentos adotados realmente protegem os profissionais de saúde, e o quanto protegem.

O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a cada período, emitiam um parecer de inclusão ou de retirada de alguns EPIs: os primeiros pareceres não recomendavam a utilização da máscara de pano pelos profissionais de saúde em ambientes hospitalares. Na nota técnica 07/2020, da Anvisa, sobre a prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por Sars-CoV-2 (Covid-19) dentro do serviço de saúde, autorizava-se o uso de máscara de tecido em alguns departamentos das unidades hospitalares e se recomendava manter um metro de distância dos pacientes (MS, 2020g, p. 39, 41, 44, 45 e 46)¹⁵. Essa dinamicidade traz muitas inquietações aos profissionais, pois antes era terminantemente proibido o uso de máscara de tecido em ambientes hospitalares e, em agosto de 2020, isso já era permitido.

Pergunto-me: as recomendações derivam de estudos desenvolvidos, que concluem que não existe perigo de contágio para os profissionais, ou da falta de estoque de EPIs suficientes para todos nas unidades de saúde?

É importante ressaltar que a direção da unidade, que exerce sua função administrativamente e quase não tem contato com pacientes, usavam o tempo todo máscara N 95, recomendada para casos de dispersão de aerossóis, e a Anvisa recomenda que, guardando um metro de distância do doente, é seguro usar máscara de tecido. Foi observado que, quem exerce cargos de chefia tem autorização para pegar quantas máscaras N 95 forem necessárias durante a semana, enquanto profissionais que estão diretamente em contato com os pacientes tinham que explicar/justificar o motivo de

¹⁵ Essas permissões especificam como são tais locais e quais profissionais podem fazer o uso da máscara de pano.

uma nova retirada de máscara da farmácia. Observava outro fator importante, pois o farmacêutico, dizia ao profissional que a troca de máscara N 95 só poderia acontecer a cada 15 dias, tendo este que zelar com o máximo de cuidado de sua máscara para que esta não se sujasse durante suas atividades laborais.

Estes fatos observados nos faz perceber a lamentável realidade de que existem corpos que valem mais do que outros, e que o cargo de chefia é mais importante que os assistencialistas que estão diretamente no atendimento aos pacientes sabidamente positivos para a Covid-19. Mas, não são todos os cargos assistencialistas que precisam fazer essas justificativas, a exemplo dos médicos que podem trocar as máscaras quando estes acharem pertinente.

Estas tantas situações deixa cristalino que alguns podem se proteger mais que outros e conseqüentemente viver, enquanto os outros precisam lutar contra o sistema para poderem viver, como é o caso da justificativa do por que tem que trocar sua máscara N 95 e outros não precisam fazer isso.

3.4 O PERIGO DE SE ACOSTUMAR COM O PERIGO

Abaixo, foto tirada por mim ilustra a paramentação recomendada para a prevenção da Covid-19. Observe-se que o sapato e a calça são do profissional. Até o momento, junho 2020, em que a foto foi feita, não dispúnhamos de EPIs oferecidos pela instituição para evitar a propagação do vírus no deslocamento até a residência dos servidores. Os unissex hospitalares chegaram apenas no final de agosto de 2020, mas os profissionais de saúde ainda precisam utilizar seus próprios calçados, o que pode colocar seus familiares em contato indireto com o vírus¹⁶.

¹⁶ Isso ocorre, pois não há como deixar os calçados na unidade, que não conta com armários de guarda de materiais para todos os servidores, e contribui para a propagação do vírus fora da UPA.

Foto 7– Eu, paramentado para a coleta de swab dos profissionais de saúde da vigilância epidemiológica.



Foto: Flavio Toledo, junho de 2020.

O unissex hospitalar é uma roupa usada apenas em ambiente hospitalar, com a finalidade de proteger os colaboradores e impedir a disseminação de microrganismos de origem hospitalar em outros ambientes.

Figura 6–Unissex que deve ser utilizado ao invés das próprias roupas em unidade de saúde.



Fonte: Estilo médico uniformes hospitalares, 2020

Essa mesma paramentação passou a ser utilizada pelos profissionais de saúde em todas as unidades de saúde de Aparecida de Goiânia, assim que aumentaram os casos do Coronavírus. Em agosto de 2020, aproximadamente cinco meses depois da chegada da pandemia ao Brasil, um número considerável de profissionais havia sido contaminado, mas sem complicações graves. Naquele momento, era possível notar que eles sentiam menos medo.

Talvez os servidores estejam negligenciando o perigo, pois já se pode encontrar, na UPA Flamboyant, enfermeiros atendendo pacientes com suspeita de Covid-19 nas

salas de classificação de risco sem capotes, sem óculos de proteção, sem toucas e com as cadeiras dos usuários encostadas em suas mesas. Nós, profissionais da saúde, temos uma facilidade imensa de nos acostumarmos com o perigo e de o ver como algo rotineiro e costumeiro da profissão.

O procedimento para retirar os EPIs não obedece mais ao padrão estabelecido pela Anvisa, que tem recomendações específicas para a desparamentação, como intuito de evitar o contágio. Se nos meses que precederam agosto, os profissionais evitavam contato físico, por medo do contágio, a partir de agosto de 2020 viam-se os mesmos profissionais abraçando-se em todos os corredores e dizendo “você já foi positivo, agora você pode [abraçar]”. Um(a) interlocutor(a) disse em entrevista que

Não estou naquela neura de pegar as roupas e jogar fora. Isso aí já passou. E no trabalho, também já afrouxou, no início eu fazia a desinfecção de tudo, agora eu faço mais higiene das mãos e desinfecção de mesa, mais tranquilo também (profissional da saúde nº 12, 31 de agosto de 2020, vigilância epidemiológica).

Andando pela unidade e ao conversar com alguns profissionais de saúde, sentia que eles pareciam não mais achar o vírus tão mortal, quanto anteriormente. Ressalto que muitos desses profissionais não haviam testado positivo para a Covid-19 até o final do mês de agosto de 2020.

Quando perguntados sobre aquelas conversas de corredor com o tópico “é melhor pegar logo e passar logo por isso”, todos explicam que se contraírem o vírus e ficarem bem, estarão imunes e poderão ficar tranquilos. Esse é o motivo dos abraços e da máxima “você já pegou, agora você pode [abraçar]”. Mas quando isso acontecia, eles não paravam para pensar nas consequências do “se”, pois o vírus, segundo os estudos realizados até o término desta dissertação, age de forma diferente em cada organismo, podendo se manifestar de forma leve, ou grave. O que foi considerado “tranquilo” para um, pode ser terrível, ou até letal, para outro. Exemplificando: nem todos perdem o olfato, o paladar, apresentam febre, dor de garganta, diarreia e/ou dores pelo corpo, mesmo trabalhando no mesmo ambiente, o que pode significar que não estejam contraindo a mesma cepa do Coronavírus e, por isso, apresentam sintomas diferentes.

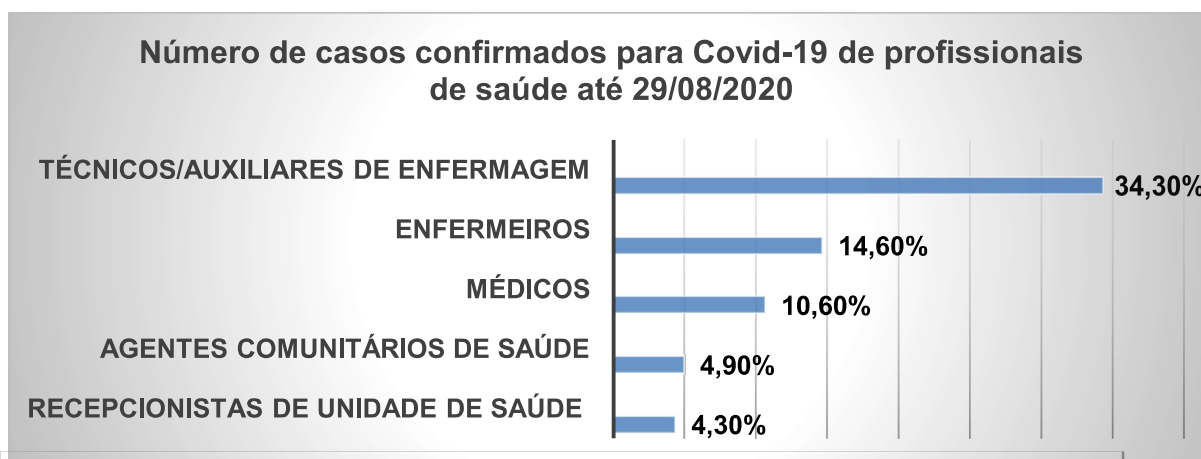
Até o final de julho de 2020, a maioria dos profissionais da UPA Flamboyant ainda considerava o vírus como um vírus que causava problemas respiratórios e atacava somente os pulmões. Mas em agosto (2020), após algumas atualizações e capacitações

realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, alguns passaram a ver que era um vírus considerado sistêmico, que afeta o organismo como um todo e não somente um órgão – o que, aliás, também foi amplamente noticiado em veículos como O Globo (LACERDA, 2020).

O Boletim Epidemiológico Especial “Doença pelo Coronavírus” (Covid- 19) do Ministério da Saúde, publicado na semana epidemiológica nº 35 (de 23 a 29 de agosto de 2020), traz algumas informações preocupantes sobre o número de profissionais de saúde com diagnóstico positivo e o número de profissionais de saúde mortos pelo novo Coronavírus. Seria interessante pensar sobre negligenciar o perigo por parte dos profissionais de saúde diante de tantos casos da Covid-19.

Até o dia 29 de agosto de 2020, haviam sido notificados no e-SUS Notifica¹⁷ 1.250.282 casos de síndrome gripal com suspeita de Covid-19 em profissionais de saúde. Desse total, 279.057 (22,3%) acabaram sendo confirmados para Covid-19. As profissões de saúde com maiores registros de casos confirmados de síndrome gripal por Covid-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem (95.695; 34,3%), seguidos pelos enfermeiros (40.699; 14,6%), médicos (29.571; 10,6%), agentes comunitários de saúde (13.714; 4,9%) e recepcionistas de unidades de saúde (12.059; 4,3%) (MS, 2020f).

Gráfico 1–Número de casos confirmados para a Covid-19 por categoria profissional, até 29 de agosto de 2020.



Fonte: (MS, 2020f)

¹⁷ e-SUS é uma ferramenta de registro de notificação de casos suspeitos e confirmados do novo Coronavírus, válida em todo o território nacional. Caso seja realizado teste laboratorial para diagnóstico da COVID-19, RT-PCR ou sorológico, o resultado deve ser registrado no sistema. O processamento da base de dados garante a identificação única do paciente (MS, 2020).

Em conversa com alguns colegas de trabalho com resultado positivo para a Covid-19 na segunda onda, obtive relatos das mais diversas manifestações clínicas possíveis: dor de cabeça, dificuldade para respirar, espirros, vermelhidão nos olhos, dores pelo corpo, diarreia, dor abdominal, fraqueza, moleza, irritabilidade, etc. Porém, na primeira onda da Covid-19, que durou até meados de agosto de 2020, esses sintomas não eram levados para diagnóstico da Covid-19 – o que estava de acordo com as recomendações o Ministério da Saúde.

Fiquei alguns dias com o pessoal do Núcleo de Vigilância Epidemiológico (NVE) em outros plantões em agosto de 2020 e observei as orientações que eles repassavam aos usuários com diagnóstico positivo para Covid-19.

Os pacientes eram orientados a voltar à unidade somente se sentissem algum desconforto respiratório. Mas, o novo coronavírus já era considerado como uma doença sistêmica, não tendo essa obrigatoriedade de retorno somente com padrões respiratórios prejudicados, essas orientações estavam equivocadas, sendo nítida a percepção de que estes profissionais estavam evitando a proximidade com os casos “sabidamente positivos”, como são chamados os pacientes com exames detectável para a Covid-19, com medo de se contaminarem.

Observando, percebi inúmeras situações conflitantes: ora os profissionais também estavam perdidos e não tinham informações precisas para dar respostas aos usuários, ora tinham medo dos casos positivos. Mas sempre repetiam a recomendação de evitar o retorno à unidade, a menos que o paciente sentisse desconforto respiratório.

De um plantão ao outro, as informações eram desconstruídas e divergentes, deixando os usuários ainda mais perdidos, sem saber como agir. Alguns pacientes voltavam à UPA Flamboyant três ou quatro vezes durante o período de quarentena, em busca de uma solução para seus sintomas, e/ou de um atestado médico.

Por vezes, eles só queriam informações sobre a doença e sobre o que fazer e como fazer caso seu quadro se agravasse. Presenciei reações hostis em momentos de atendimento dos profissionais do núcleo a usuários que chegavam para pedir informações, com frases do tipo: “O que é? Pode ficar aí, fala daí, não entra aqui não”; “Fica lá fora, não precisa entrar aqui não. Porque você está aqui mesmo se você é

positivo”; “Seu problema quem resolve é a telemedicina¹⁸ e não nós, porque não somos médicos, e quem dá atestado é médico”. A função de monitoramento dos pacientes positivos para a Covid-19, atestados, receitas e pedidos de exames, estava a cargo da telemedicina, por isso que as unidades de urgência emergência não estavam acompanhando os pacientes e não estavam atestando os que estavam positivos.

Estas situações eram corriqueiras em todos os plantões da UPA Flamboyant. Tanto os pacientes, quanto os profissionais acabavam exaustos e muito desgastados pela necessidade de ficar mandando paciente de um lado a outro, em buscar de informações e atendimento.

A quantidade de serviço dentro do NVE tinha aumentando de forma exorbitante e a carga de estresse atingia seu pico máximo, tanto pelo medo do contágio através de pacientes, quanto pelo excesso de trabalho. Além disso, a Secretaria municipal de Saúde mudava os fluxos e, por vezes, não comunicava as unidades, tornando mais difícil a gestão do atendimento na pandemia. Não pude, em minha pesquisa, descobrir as razões para essas mudanças, que geravam informações desencontradas.

Os pacientes precisavam dos atestados para apresentar em seus ambientes de trabalho e os servidores não tinham como fornecê-los. Sem os atestados, estes perdiam remuneração, afetando o sustento de suas famílias. Eram corpos adoecidos, perambulando de um lado a outro, em busca de uma forma de garantir o sustento daqueles que dependiam deles.

Na UPA Flamboyant, o paciente fazia o teste e recebia atestado de no máximo, cinco dias de afastamento para aguardar o resultado em casa. Todos recebiam a orientação de que a telemedicina entraria em contato com eles para falar sobre o resultado do exame. Caso testassem, positivo, um médico da telemedicina faria um atestado para que mantivessem a quarentena por mais nove dias, a fim de completar os 14 dias necessários para cessar o contágio. Entretanto, por algum motivo que a UPA Flamboyant desconhecia, a telemedicina não estava conseguindo cumprir seu papel e, assim, esses corpos adoecidos andavam de um lado a outro, expondo outros corpos que também estavam em busca de atendimento para solucionar as aflições daquele

¹⁸ A secretaria de saúde montou uma central de atendimento médico aos pacientes que positivaram para a Covid-19 – a chamada telemedicina. Através do serviço, o paciente recebia prescrições, atestados e orientações pertinentes, conforme seu caso.

momento. Pode-se afirmar que esses pacientes só ficavam perambulando de uma unidade de saúde a outra, em busca de um atestado médico que era exigido pelos empregadores, ainda que já tivessem o exame com laudo positivo em mãos.

Uma inquietação se fez presente desde que comecei a pesquisa na UPA Flamboyant: o paciente vai até a unidade de saúde e se expõe, enfrenta uma fila enorme para poder fazer a ficha de atendimento e depois aguarda de trinta minutos a uma hora até ser chamado para ser classificado. Ele ainda precisa esperar cerca de quatro horas para receber atendimento médico e só então sai de lá com um pedido de exame. Somente após essa peregrinação, ele irá realizar o exame, cujo resultado leva de dois a três dias para sair. Em observação pela sala de espera para os atendimentos, os pacientes conversavam entre si dizendo: “Meu patrão acha que só vim aqui pegar atestado e que não quero trabalhar”. Se pegar pelas falas dos profissionais de saúde, alguns, tem essa impressão dos pacientes, de que estes só querem o atestado médico. Mas, cada caso é um caso isoladamente, existem os que querem apenas um atestado médico, mas em sua grande maioria, estavam ali pois precisavam se testar e estavam com sintomas gripais.

Apresenta-se aqui uma situação intrigante, caso o paciente tenha testado positivo para Covid-19, o laudo impresso não será suficiente para comprovar o adoecimento do corpo e a necessidade de repouso durante 14 dias. Uso de forma romantizada a palavra “repouso”, pois na verdade é um isolamento de 14 dias, sem poder ir ao trabalho, sair para o mercado e outras atividades; são 14 dias de prisão em domicílio, nos quais o doente fica monitorando seus sinais e sintomas e, a cada momento, seu sofrimento mental aumenta, levando-o a imaginar que seu quadro é ainda pior.

De todo modo, o que se via não eram pessoas positivas para a Covid-19 em isolamento, pois elas tinham que ficar perambulando de unidade em unidade de saúde, mostrando para todos os profissionais de saúde o resultado positivo de exame para a Covid-19, em busca de atestado médico. Como pensar que haveria uma punição, por parte do poder público ou privado, pelo contágio? Era como se o usuário fosse o culpado por ter adoecido. Nesse caso, mesmo doente, ele tinha que se organizar e providenciar o atestado, considerado o único documento legal válido para o afastamento. Caso não apresentasse o atestado, sua remuneração seria cortada e, mesmo enfermo, ainda iria passar por privações financeiras. Esse pedaço de papel com carimbo médico – o “atestado”

– tem mais valor do que um laudo que confirma Covid-19 “detectável”, assinado por um biomédico?

Diante destas situações fica evidente que a economia se sobrepõe à vida, e que essas são situações que se fazem presentes e que teriam que de ser pensadas e repensadas.

Sobre as inquietações sobre o valor da saúde e da vida dependerem de um papel carimbado, trago o depoimento do(a) profissional nº 1, que trabalha diretamente com pacientes com Covid-19 e contraiu a doença:

Senti dor de cabeça a noite toda, tomei remédio e não adiantou, falei com minha supervisora e ela falou para, no outro dia, porque era plantão noturno, eu procurar um lugar para fazer o exame e pegar um atestado para não cortar meu ponto. No meio da noite, eu já não estava sentindo cheiro e nem gosto de nada, eu ficava cheirando tudo para ver se eu tinha mesmo pegado isso, mas não sentia nada, aí eu já sabia que isso era Covid, porque todos sabem que a única doença que faz perder o olfato e paladar é o Covid (profissional da saúde nº 1, 31 de julho de 2020 – residência do(a) profissional).

Em outro trecho de sua fala, o(a) entrevistado(a) relatou a saga experimentada por quem tem suspeita de estar com Covid-19, em razão da exigência do atestado:

Então saí cedo do plantão e fui procurar um lugar para fazer o exame, então eu fiz, peguei atestado de três dias, prazo em que saía o resultado, e fui embora, para esperar em casa e ficar de quarentena. Em 24 horas, saiu o resultado positivo, mandei mensagem para minha chefe e avisei a ela sobre o resultado, e ela falou para eu mandar foto do atestado de afastamento dos 14 dias (profissional da saúde nº 1, 31 de julho de 2020 – residência do profissional).

Com todos os sintomas desse(a) profissional que trabalha diretamente com pacientes de Covid-19 e diante do resultado do exame, a primeira preocupação de sua superior foi com o atestado. Não se percebe em sua fala, em nenhum momento, a preocupação de superiores quanto à sua saúde. Esse é um clássico exemplo do que tem ocorrido todos os dias nos plantões da UPA Flamboyant no período de pandemia. Os pacientes e, nesse caso, os inúmeros pacientes positivos para a Covid-19 têm de esperar minutos, horas, para conseguir um atestado.

Encerro esse primeiro momento da dissertação com bastante informação teórica e acontecimentos sobre os primeiros momentos vividos dentro de uma unidade de saúde em tempos de pandemia da Covid-19. O que chamarei de segundo momento da

dissertação apresentará dados asfixiantes e, ao mesmo tempo, intrigantes, visto que o dia a dia de um profissional de saúde dentro de uma unidade de saúde é cheio de surpresas e sua rotina transforma o pior medo e o pior perigo em algo que não se deve temer.

Não tenho explicação plausível para este último parágrafo, somente a vivência dentro de uma unidade de saúde e o que ela, no momento covídico de janeiro de 2021, consegue nos mostrar sobre esse fenômeno difícil de expressar em palavras.

SEGUNDO MOMENTO DA DISSERTAÇÃO E DO CAMPO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Foto 8 – Vista aérea do sepultamento em massa de vítimas de Covid-19 no cemitério do Parque Tarumã, em Manaus.



Foto: Michael Dantas/AFP, 21 de abril de 2021.

Esse momento da dissertação expressa as mudanças no desenrolar do dia a dia dos profissionais da saúde em relação ao primeiro momento, mudanças na reação ao vírus, nos comportamentos, diante o medo, diante do número crescente de mortos.

No final do ano de 2020 e a primeira onda da Covid-19 com 194.949 vidas perdidas para a doença, segundo painel do portal Coronavírus Brasil (MS, 2020h)¹⁹.

¹⁹ Site mantido pelo Ministério da Saúde, com informações atualizadas sobre a Covid-19 no Brasil. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>.

4.0 CAPÍTULO IV

4.1 TORMENTA VIRAL: A SEGUNDA ONDA DA COVID-19

Após o período de nebulosidade pelo qual passamos com a primeira onda da Covid-19, ficou marcado em nosso imaginário de profissionais de saúde que o pior já havia passado. Havíamos passado, do início da Covid-19 em Aparecida de Goiânia até a diminuição dos casos, por aproximadamente 13 meses da “primeira batalha”, de dezembro de 2019 a janeiro de 2021. Foram muitos desencontros de informações, a cada dia os protocolos de manejo da Covid-19 sofriam alterações e, à medida que os equipamentos de proteção individual começaram a faltar, as normas foram sendo afrouxadas. Talvez, se tivéssemos mantido o mesmo padrão utilizado para os cuidados com a “gripe” (H1N1), não tivéssemos sofrido tanto. A “cegueira” diante da pandemia nos fez sofrer o medo da contaminação em nossas atividades laborais. Na fala a seguir, de um(a) profissional de saúde da UPA Flamboyant, a neblina e confusão que nos abateram se tornam evidentes:

Eu acho que lá na frente a gente vai ter, inclusive eu tenho até uma sensação de, assim, muita coisa do que a gente está fazendo agora, que a gente vai falar assim: “nossa, não foi necessário nada disso!”, eu tenho umas sensações assim, entendeu? (profissional da saúde nº 16 – UPA Flamboyant, 07 de setembro de 2020).

Quando íamos atender um paciente com suspeita da Covid-19, tínhamos que nos paramentar com todos os EPIs – capote, máscara N 95, faceshield, touca e luvas, de preferência estéreis. E quando o paciente precisava ser entubado, usavam-se todas estas paramentações e ainda se adotavam técnicas declampeonato (fechamento) do tubo orotraqueal com uma pinça antes da introdução do equipamento, para evitar o retorno de aerossóis à atmosfera.

Com o avançar dos meses, muitas dessas exigências entraram em desuso e outras se mantiveram, na UPA. Capote, óculos de proteção (no lugar do faceshield), touca, e máscara N 95 se mantiveram, porém não há mais a prática de clampear o tubo orotraqueal.

Os meses foram passando e o contágio pelo vírus foi aumentando em onda,

transformando a tranquilidade em uma tormenta viral com efeitos terríveis, sentidos na pele, que não tínhamos vivenciado no primeiro momento da Covid-19. Tivemos mortes de colegas de trabalho em nossa unidade, vimos amigos sendo entubados e outros sendo enviados para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) conforme a disponibilidade no momento. Não eram idosos, mas sim pessoas na faixa etária de 40 a 50 anos. Dos colegas que trabalhavam conosco na UPA Flamboyant e ficaram em estado grave, o mais novo não resistiu à luta contra a Covid-19 e faleceu. Os outros dois foram para UTIs e conseguiram sair, mas ficaram com sequelas deixadas pela doença.

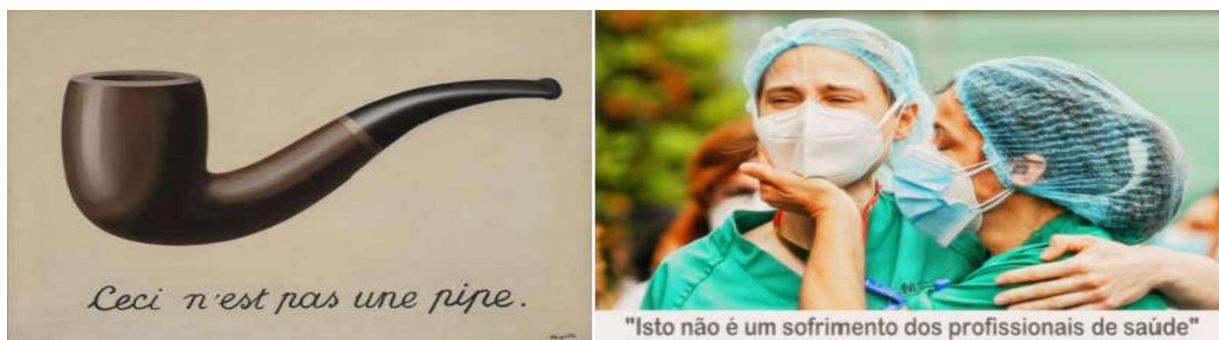
No ápice da tormenta, batia um desespero, um medo, uma vontade de não sair para trabalhar, de chorar, de não se expor, mesmo sabendo que isso é uma exigência da profissão. Palavras escritas não chegam nem perto do sentimento que nos acometeu nessa segunda onda. Posso escolher os melhores argumentos e palavras e mesmo assim, eles não chegariam aos pés do que é a realidade sentida e vivida na linha de frente da Covid-19.

Trago um trecho de um livro de Marcos Bagno e, com ele, a imagem de uma pintura do artista belga René Magritte (1898-1967), na qual se vê a figura de um cachimbo e, embaixo, a frase “Isto não é um cachimbo” (BAGNO, 1999, p.53-54). Ao lado dela, apresento uma segunda imagem, foto montagem feita por Orlando Guerreiro, com data de 16 de junho de 2020. A enfermagem chora. Chora por estar adoecendo.

Chora por estar perdendo soldados na guerra. Chora de tristeza por ver amigos e parceiros de trabalhos doentes e nada poder fazer.

Isso não é um cachimbo de verdade, mas simplesmente a representação gráfica, pictórica de um cachimbo. O mesmo acontece com a escrita alfabética, em sua regulamentação ortográfica oficial. Ela não é a fala: é uma tentativa de representação gráfica, pictórica e convencional da língua falada.

Figuras 7 e 8 – Quadro de René Magritte, ao lado de fotomontagem de Orlando Guerreiro



Fontes: Orlando Gerreiro (@orlandoguerreiro), 16 de junho de 2020.

Em ambas as imagens, não é realmente um cachimbo e um choro da enfermagem, ou dos profissionais de saúde que aparece, apenas a representação pictórica de um cachimbo e de um sofrimento. Escrevendo esta

dissertação, procurei alguma palavra que conseguisse captar e expressar realmente essa dor e sofrimento e cheguei à conclusão de que não existe nenhuma palavra que consiga traduzir com fidelidade toda a emoção sentida por nós.

No contexto extra unidade, ou seja, fora da UPA Flamboyant, a Covid-19 foi ceifando vidas de amigos, pais, mães, tias, tios, avós e avôs. Alguns colegas chegaram a perder seis pessoas da família em poucos dias, em decorrência da Covid-19.

O rastro de morte é traduzido em números assustadores, que apresento no gráfico a seguir:

Gráfico 2: Mortes por Covid-19 por mês no Brasil (2020)



Fonte: Secretarias de Saúde/ G1, janeiro .2021

No ano de 2020, a Covid-19 levou 194.956 vidas no Brasil. Elas foram perdidas por inúmeros fatores, entre os quais destaco a política de morte e negacionismo do gestor nacional. Quem tem poder aquisitivo maior tem acesso facilitado a tratamentos em hospitais de renome, como Sírio Libanês e Albert Einstein, enquanto ao povo, aos que precisam receber auxílio emergencial para sobreviver, restam as filas das UPAs e pronto socorros de hospitais públicos.

Para conseguir uma vaga em algum hospital, os pacientes que estão em UPAs

e prontos socorros têm que aguardar o sistema de regulação de vagas, que é regido pelo Estado, liberar uma vaga que se enquadre no perfil do adoecido. Somente assim ele poderá chegar ao leito hospitalar para continuar seu tratamento.

Utiliza-se o Sistema de Regulação de Vagas (SISREG)²⁰ com base em critérios para priorizar quem tem maior necessidade das vagas disponíveis. Os principais critérios são a idade e o prognóstico, fatores determinantes que facilitam ou dificultam a liberação da próxima vaga, quando e se ela surgir.

Visto sob o viés da necropolítica de Mbembe (2018), o sistema de regulação de vagas pode ser entendido como um instrumento de morte, utilizado pelo Estado para “selecionar” os mais aptos para tentar sobreviver em algum hospital. A política de regulação de vagas também pode ser entendida como parte de um conjunto de políticas de controle social através da morte. Mbembe (2018) trata a questão da soberania e sustenta a questão de poder e a capacidade de decisão sobre quais vidas merecem ser vividas e quais corpos são matáveis. Para Mbembe (2018, p. 5) “ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação do poder”. A liberação das vagas, implícita ou explicitamente, é a escolha de quem pode sobreviver e de quem está condenado à morte²¹.

Paremos um pouco para refletir. Se o dinheiro dos impostos fosse retornado para a população na forma de melhorias, não teríamos a necessidade de um sistema que seleciona quem deve viver e quem pode morrer. Neste mesmo pensamento faz-se necessário refletir de a capital do estado de Goiás não ter um hospital municipal para seus contribuintes, levando-nos a pensar que existe a segregação dos que podem viver e os que devem morrer.

Estes fatores expostos afloraram como os nossos representantes políticos tem respeito por nós. E o sofrimento de uma população nada os afetam, pois estes não precisam peregrinar e sofrer em filas na busca de um atendimento médico.

O número de mortes no Brasil, em janeiro 2021, chegou a 29.558, menor apenas do que os números de junho e julho de 2020, quando ocorreram 30.315 e 32.912 mortes,

²⁰ O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) é um sistema de informações online, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o gerenciamento e operação das centrais de regulação.

²¹ Ressalto aqui que não entro em conflito de interesse com médicos reguladores, pois eles estudaram para salvar vidas e, conforme a regulação existente, estão seguindo ordens das autoridades do país.

respectivamente (PINHEIRO, 2021). Esses são dados do início da segunda onda no Brasil, com projeções aterrorizantes para o pico da segunda onda, segundo o portal de notícias G1 (PINHEIRO, 2021).

O Estado de Goiás entrou na segunda onda da Covid-19 no mês de janeiro de 2021. No dia 25 de janeiro, o site Governo de Goiás publicou uma entrevista da superintendente de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Flúvia Amorim, que afirma:

Podemos dizer, sim, que estamos em nossa segunda onda no Estado, porque há um aumento do número de casos, mortes e internações”, referindo-se aos números verificados hoje em Goiás (25 Janeiro 2021), com 75% de ocupação dos leitos públicos de UTI e o crescente número de casos e óbitos. (ABC DIGITAL, 2021).

A Secretaria da Saúde de Goiás (SES-GO) informa que, até o dia 30 de dezembro de 2020, havia 308.482 casos de Covid-19 confirmados em território goiano. Registra-se que 297.438 se recuperaram e 6.805 vieram a falecer (GOVERNO DE GOIÁS, 2020).

Segundo dados fornecidos pelo Center for Systems Science and Engineering (CSSE) da Johns Hopkins University (CSSE/JHU, 2021), houve 7.488 mortes no Estado de Goiás, em janeiro de 2021.

Em Aparecida de Goiânia, município do campo desta pesquisa, os dados sobre a segunda onda merecem atenção. Segundo uma reportagem do Jornal Diário de Goiás, Aparecida de Goiânia mudou de estratégia para conter a segunda onda, iniciada no mês de março na cidade (KETELBEY, 2021). Nesse mesmo mês, foram registradas 239 novas mortes por Covid-19 no município (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2021).

4.2 LADO A LADO COM A MORTE – COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UPA FLAMBOYANT

Nas entranhas da UPA Flamboyant, estão os que foram chamados de heróis de branco, os aplaudidos pela população. Coloco o verbo “chamar” no passado, pois eles já não são mais chamados de heróis de branco. Estão trabalhando e lutando contra a morte dos pacientes, andando lado a lado com cada paciente que chega com diagnóstico de

Covid-19 e aguardando, à beira leito, o momento de agir. A partir do dia 10 de abril de 2021, os heróis já não passam de profissionais da saúde, não há mais admiração ou respeito por nossos serviços. Pelo contrário, estamos sendo agredidos verbalmente e fisicamente pelos pacientes e acompanhantes, como se a culpa pela falta de leitos e de medicamentos fosse dos profissionais de saúde.

No período noturno do dia 2 de março de 2021, deram entrada na unidade dois rapazes trazendo uma moça com sinais de embriaguez. Ela foi colocada em uma maca e levada para a classificação de risco. Após ser classificada, foi levada ao atendimento médico. Todos os médicos estavam atendendo naquele momento, e os rapazes adentraram, exigindo atendimento imediato à paciente com classificação verde, ou seja, paciente que poderia aguardar até 120 minutos, segundo o protocolo de Manchester, para ser atendida.

Os controladores de fluxo foram tentar conversar com os rapazes. Um deles deu um murro na face do controlador de fluxo, acertando parte da boca e o nariz, iniciando assim uma briga no salão principal da UPA Flamboyant. Na tentativa de acalmar as partes, enfermeiras e técnicas de enfermagem foram conversar com os rapazes e levaram empurrões.

Os guardas municipais tiveram que chamar a polícia militar para prender os rapazes, que os agrediram com murros, pontapés e palavras de baixo calão e ofensas racistas. Com a chegada da polícia militar, os rapazes continuaram agredindo também os policiais verbalmente, com falas do tipo “seu preto safado!”, seus “vagabundos!”, “vou te dar porrada, seus vagabundos!”, entre outras.

Assim, os policiais levaram todos [profissionais e agressores] para a delegacia.

Foto 9 – Agressões contra profissionais de saúde durante a pandemia



Foto: Michelly Brandão, enfermeira da UPA Flamboyant, 02 março 2021.

Flamboyant e mostra outras situações de desacato e agressões verbais em que não foi preciso acionar a polícia. Entretanto, elas ficam na mente do profissional que sofreu agressão. Assim, segue o cotidiano realmente vivido em uma das unidades de saúde do nosso Brasil. Se pensarmos que existem vários Brasis dentro do Brasil, imaginemos o quanto não estão sofrendo todos os profissionais de saúde.

4.3 RISCO TRADUZIDO EM CORES: MARÇO DE 2021, APARECIDA DE GOIÂNIA ESTÁ NO LARANJA

O número de pacientes com Covid-19 aumentou expressivamente e Aparecida de Goiânia estava no laranja²², segundo o painel Aparecida Covid-19, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em março de 2021. Para nós, que estávamos na linha de frente dentro da UPA Flamboyant, o estar no laranja significava mais sobrecarga de trabalho e exaustão.

Enquanto os números de contaminados pela Covid-19 subiam nas estatísticas, os leitos de internações diminuía dentro das unidades. O dia 12 de março de 2021 foi considerado o pior, pela superlotação com pacientes graves. Iniciou-se o plantão com todos os leitos ocupados – e quando digo leito, refiro-me às poltronas-leito também e não somente às camas, pois não havia camas para todos os pacientes. As camas eram reservadas para pacientes que já estavam dois ou mais dias aguardando vagas de internação na enfermaria e UTI no sistema de regulação, e nas poltronas havia idosos na faixa de 70 anos de idade, que mal conseguiam ficar na cadeira de rodas devido ao desconforto respiratório, e ainda tinham que aguardar uma vaga sentados em uma poltrona.

A equipe recebeu o plantão assim e começou a tentar seguir com ele nessas

²² Matriz de risco do Ministério da Saúde, adaptada a Aparecida de Goiânia: risco muito baixo: menor ou igual a 20% – verde; baixo: 20% a 40% – verde; médio: 40% a 60 % – amarelo; alto: 60% a 80% – laranja; muito alto: maior do que 80% – vermelho (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2020b, p. 9).

condições. À medida que os médicos da porta [médicos que ficam atendendo os pacientes que chegam para consultar] começaram a atender, foram mandando para internação os pacientes que atendiam, pessoas que estavam saturando 85% a 92%AA – Ar Ambiente²³ e não podiam permanecer com esses parâmetros por muito tempo, com risco de sofrer uma parada respiratória devido à falta de oxigenação nos tecidos. A cada momento, chegavam mais pacientes para internação. As poltronas-leito que tínhamos já não eram suficientes, então começaram as movimentações por parte da responsável técnica da enfermagem (RT) para arrumar mais poltronas.

A quantidade de leitos disponíveis na enfermaria pediátrica era de quatro a cinco berços, mais duas camas para adultos. Porém, quando as enfermeiras chegaram, havia duas camas e três berços na ala pediátrica e cinco poltronas. Com o passar das horas, foi aumentando o número de poltronas e diminuindo o de berços. Logo, já havia oito poltronas. A movimentação não parava, até que restaram 18 poltronas-leito e nenhum berço: a enfermaria pediátrica foi desabilitada e transferida para sala de injeção, adaptada à necessidade momentânea. Organizou-se uma divisória com biombos para separar os pacientes de outros usuários que estavam chegando e formando filas para internação.

Por necessidade dessa quantidade de poltronas, elas foram colocadas na sala a menos de 30 cm de distância umas das outras. Além disso, com a demanda altíssima de internações, não havia ponto de oxigênio para todos os leitos, sendo necessário providenciar uma conexão em forma de “Y” para o ponto de oxigênio, a fim de dividir o uso de um ponto entre dois pacientes.

²³ Saturação de oxigênio: para adultos, a escala normal do SaO₂ é 95 – 100%. Um valor abaixo de 90% é considerado baixa saturação do oxigênio, que exige o suplemento externo de oxigênio (DUTTA, 2021).

Foto 10: Disposição das poltronas-leitos na enfermaria, com camas e salas improvisadas para isolamento e conexão em “Y”



Foto: Flavio Toledo, 2 de abril de 2021.

Os pacientes precisavam de suporte de oxigênio, uns com máscaras e outros com cateteres nasais. As poltronas formavam uma semi-oval e, no meio, ficava uma mesa improvisada com um carrinho de curativos, onde a enfermagem colocava os utensílios que seriam usados para atender os pacientes: estetoscópio, termômetro, efimomanômetro e oxímetro.

Esses aparelhos eram utilizados em todos os pacientes da ala, sem tempo para receber desinfecção adequada, pois a demanda estava muito alta para a equipe e não havia como dar conta dessas precauções, extremamente necessárias. O mesmo se repetia nas alas masculina e feminina, que antes tinham seis camas cada passou a ter (31 de março de 2021) oito camas. A quantidade anterior de camas permitia manter distância de 1,5 metro a 2 metros de distância entre elas.

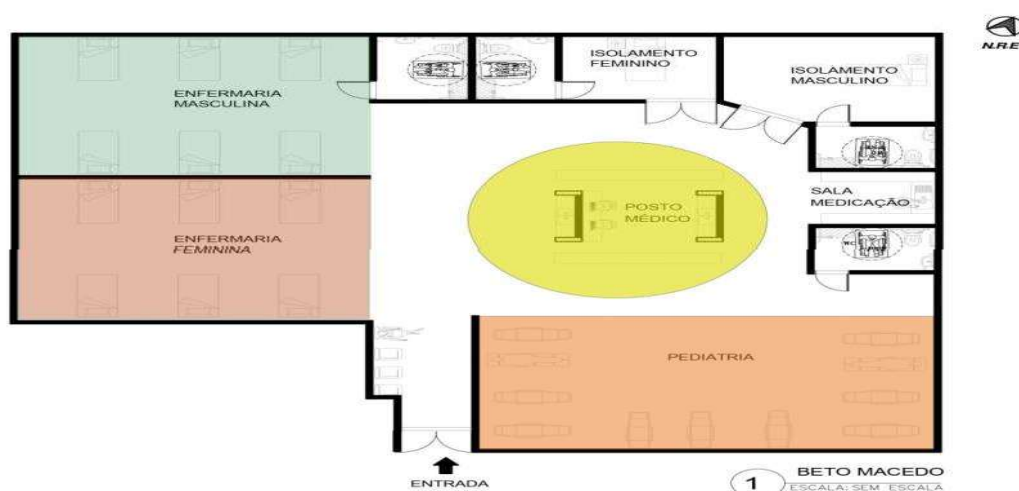
Com as oito camas, a distância não chega a 60 cm entre uma e outras e ainda é necessário dividir os pontos de oxigênio – o que também justifica a diminuição dos espaços entre leitos.

As salas de isolamento masculino e feminino, que antes da pandemia tinham apenas uma cama por isolamento, passaram a comportar duas camas cada em março de 2021, com um único banheiro. O espaço entre elas, de aproximadamente 1 metro, é ocupado pelos cilindros de oxigênio – chamados por nós, profissionais da saúde, de “balas de oxigênio” – que são usados nos pacientes. Devido a má elaboração da estrutura da UPA Flamboyant, e aqui deixo uma crítica à questão arquitetônica e estrutural, não

colocaram pontos de oxigênio canalizados na parede, como nas outras alas, mas era preciso colocar cilindros de oxigênio dentro das salas para que estes fizessem a função da canalização na parede que não foi pensada durante a construção da UPA Flamboyant.

Beto Macedo, a meu pedido e descrições que eu tinha em mente fez um esquema, em forma de planta baixa da UPA Flamboyant, da enfermaria, para mostrar como estão distribuídas as enfermarias e como elas ficam a todo instante sob a supervisão do olhar médico e da enfermagem.

Figura 9 – Planta da enfermaria UPA Flamboyant



Fonte: Beto Macedo, 2021.

A partir de uma visão foucaultiana, teríamos a clara percepção de um poder saber biomédico, normatizador, disciplinarizador dos espaços hospitalares, onde os pacientes/doentes são ou possam ser “vigiados” e “monitorados” a todo momento (FOUCAULT, 2012).

Ainda no contexto da enfermaria, abro um pequeno espaço para falar dos atendimentos aos pacientes psiquiátricos durante a pandemia. A UPA Flamboyant é a única unidade de emergência que atende pacientes psiquiátricos em Aparecida de Goiânia. Alguns pacientes em surto, que precisam de internações em clínicas psiquiátricas, passam primeiro pela emergência psiquiátrica, para depois entrar no sistema de regulação de vagas em clínicas psiquiátricas. Alguns, trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), chegam contidos e precisam de sedação, que só poderá ser realizada por prescrição do médico. Posteriormente, eles vão para a

enfermaria da UPA Flamboyant, onde aguardam uma vaga.

Os pacientes psiquiátricos são internados na mesma enfermaria dos demais internados, incluindo os que estão com suspeita ou confirmação de Covid-19. Por necessitarem de contenção física, eles precisam ficar alojados nas camas com grades de metal. Porém, quando não há camas com grades metálicas disponíveis, é necessário transferir o paciente de uma delas para uma poltrona, até que surja uma nova vaga em um leito.

Como esses pacientes precisam ficar contidos quase o tempo todo, são cuidados pela mesma equipe de saúde, em especial pela equipe de enfermagem, que utiliza os mesmos materiais – aparelho de pressão e termômetro – em pacientes de Covid-19 e em pacientes psiquiátricos. Isso coloca-os em risco, pois podem ser contaminados enquanto esperam por uma vaga²⁴.

No caos da enfermaria, a tensão estava no ar; as enfermeiras sabiam, pelos manuais, que quase tudo ali estava fora dos padrões de segurança. A explosão dos casos da Covid-19 trouxe a necessidade de improvisação para acomodar os doentes, que chegavam em número muito maior do que a estrutura existente permitia receber. E não havia como recusar atendimento.

Para que fosse possível atender e internar os doentes de Covid-19, o espaço da UPA foi reconfigurado. O consultório um e a sala de gesso, por exemplo, foram transformados em salas de isolamento. No consultório, foram instaladas seis poltronas e seis balas de oxigênio; na sala de gesso, foram colocadas duas macas, duas poltronas e quatro balas de oxigênio. Na sala da coordenação de enfermagem, onde também se improvisou uma enfermaria, foram colocadas três poltronas e três balas de oxigênio.

Nessa sala, destaca-se o potencial perigo de agravamento, pois as poltronas ficavam a apenas a 20 centímetros de distância umas das outras, e a porta ficava fechada. Os pacientes sintomáticos para Covid-19, com tosse, ficavam fechados nessa sala e, se um deles testasse negativo, ou tivesse outra doença respiratória, poderia ser contaminado ou transmitir sua doença aos outros.

²⁴ Saturação de oxigênio: para adultos, a escala normal do SaO₂ é 95 – 100%. Um valor abaixo de 90% é considerado baixa saturação do oxigênio, que exige o suplemento externo de oxigênio (DUTTA, 2021).

De fato, dos 20 pacientes com suspeita da Covid-19 que estavam internados no dia 12 de março de 2021, todos com tosse, um negativou no exame para a Covid-19, mas positivou para tuberculose. Esse fato deixou a equipe apreensiva pois, além da tuberculose, o paciente poderia pegar a Covid-19 e agravar seu quadro, e vice-versa em relação aos outros pacientes. Não havia a possibilidade de isolamento para todos, pois a UPA já tinha passado por todas as adequações de espaço possíveis para receber pacientes com Covid-19.

Além da enfermaria, a sala de estabilização tinha todos os seus seis leitos ocupados: quatro por pacientes entubados e os outros dois, por pacientes em Ventilação Não Invasiva (VNI).

Com todas as salas lotadas, os profissionais ficavam, a todo instante, tensos e apreensivos. A qualquer momento, poderia chegar outro paciente em estado tão grave quanto aqueles, e não haveria onde o colocar. Isso trazia muita preocupação: “se chegar mais um, onde vamos colocar? Não tem mais ventilador. Vamos ter que ambuzar²⁵”, diziam membros da equipe de plantão no dia 12 de março de 2021, dentro da estabilização.

Transitando entre a enfermaria e a estabilização, observei um momento inquietante que deixaria qualquer profissional de saúde em situação delicada, envolvendo a decisão sobre a vida de outra pessoa.

Vi e ouvi um momento de extrema tensão, em que o médico da enfermaria, chamou o médico da estabilização para uma conversa sobre os pacientes graves, que estavam ali com desconforto respiratório, necessitando ventiladores mecânicos. Eles falavam, entre si:

Médico da enfermaria: “o que você acha que devo fazer? Já fiz de tudo aqui”.

Médico da estabilização: “Prona²⁵ eles, vai ser a melhor alternativa, pois não tenho mais vaga na estabilização, Prona e faz dexta (dexametasona) ou hidrocortizona 100 mg”.

²⁵ Ambu: artificial manual breathing unit (unidade manual de respiração artificial). O reanimador manual é formado basicamente por um balão, uma válvula unidirecional (que impede que o ar exalado pelo paciente retorne ao balão), uma pré-válvula para reservatório, uma máscara facial que envolve o nariz e a boca do paciente e um reservatório de oxigênio.

Médico da enfermaria: “mas tem um ali que é novo demais, e estou tentando tudo nele”.

Médico estabilização: “cadê ele, deixa eu dar uma olhada”.

Médico da enfermaria: “esse aqui, tem trinta e poucos anos”.

Médico estabilização: “oi, seu Bentinho, tá muito difícil para respirar?” Paciente Bentinho: “está sim”.

Médico da estabilização: “esse é novo demais, tenta segurar ele mais um pouco aí com medicações, porque de qualquer forma vou ter que entubar, mas não tenho local para colocar ele agora, vou ver se a vaga da paciente do 2 [leito dois] sai logo e se o SAMU transporta rápido, aí você me manda ele, tá?”.

Médico enfermaria: “tá bom, mas qualquer coisa, te dou o grito”. Médico estabilização: “tá bom”.

Médico da enfermaria: “tem outros aqui precisando também, só que são mais velhos do que ele”.

Médico da estabilização: “Então vamos investir nesse aqui”.

Bentinho é o nome fictício de um homem jovem, de aproximadamente 1,80 m, com peso entre 95 e 100 kg. Ele apresentava desconforto respiratório importante, no momento da conversa entre os médicos, fazia uso de máscara de oxigênio, cerca de 10 litros de oxigênio, estava pronado²⁶, transpirando muito pelo esforço para respirar, e suas respostas eram cortadas pela falta de ar, soando em tonalidade baixa: um típico quadro de paciente positivo para Covid- 19 grave.

Continuei acompanhando o caso desse paciente em específico, pois achei bastante desafiador, tanto para mim enquanto profissional de saúde, quanto para mim como o pesquisador que estava ali naquele momento. Tão logo a vaga da paciente do leito 2 foi liberada e o SAMU a transportou, Bentinho foi levado para a estabilização. Até o final do dia, estava entubado.

Situações como essa provocam em nós, profissionais de saúde, uma descarga enorme de todos os sentimentos possíveis e imagináveis, pois a todo momento

²⁶ Pronar: termo usado em hospitais, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI). A palavra tem sido frequentemente usada por conta da infecção pelo Coronavírus (Covid-19), mediante recomendação de “pronar o paciente”, ou seja, colocá-lo em “posição prona”, virado de bruços (FRRB, 2020).

praticamos a empatia,colocando-nos no lugar dos pacientes. Para uma pessoa enferma – mesmo que seja leiga em assuntos biomédicos –, escutar a informação de que será entubada não é agradável, pois traz à tona o imaginário de que quase todo paciente entubado com Covid-19 não volta.

Esta situação de não querer ser entubados por medo de não sobreviverem ou “não voltar” é partilhada também pelos profissionais, quando estão reunidos na copa expressam este pensamento negativo de que se forem entubados não irão voltar. Em observação no campo, escutei vários pacientes conversando uns com os outros dizendo que se for entubado não volta, e que era para não deixar ser entubado.

Um exemplo destas falas é o ocorrido no dia 10 de janeiro de 2021, quando um paciente de 53 anos deu entrada na estabilização “Semi UTI”, com muita falta de ar e bastante agitado, a agitação é pela falta de oxigênio a nível cerebral. A médica da estabilização após sua avaliação indicou entubação, porém o paciente se recusava a aceitar essa entubação. A médica foi até a esposa e o filho do paciente e explicou a gravidade do caso e que se não entubasse ele poderia morrer por falta de ar “asfixia”, e estes seguiram o pedido do paciente e também recusaram a entubação. A médica então retornou para a estabilização e respeitou o pedido tanto do paciente quanto dos familiares, porém, o quadro foi ficando mais grave, onde a máscara facial de oxigênio já não era mais suficiente, neste momento a médica retornou aos familiares e falou que se eles não autorizassem a entubação o paciente iria morrer em poucos minutos, pressionados pela situação a esposa e o filho autorizou a entubação.

Ao chegar próximo ao paciente e comunicar que iria entubar ele, e que ele não sentiria dor pois seria feito remédio para sedar ele, o paciente ainda sim disse não mesmo com uma falta de ar intensa. Enquanto a equipe foi preparar o material para entubação, o paciente arrancou todos os aparelhos que estavam conectados a ele: soro, monitorização, máscara de oxigênio e saiu correndo pela porta em sentido a rua, onde não aguentou muitos metros e caiu em parada respiratória, a equipe saiu correndo atrás e o pegou em parada respiratória levou para a estabilização, e o entubou e reverteu a parada. Após estabilizar o paciente, ele foi transferido para uma UTI particular. Esse foi um fato extremo de que o pensamento de ser entubado e igual a não voltar e levou o paciente a este ato inseguro.

Depois de levar Bentinho à estabilização, os profissionais da saúde reuniram-se

em um canto da enfermaria e conversaram entre si: “será que ele sai?”; “deve sair né, ele é novo. Se fosse mais velho já era”; “Credo, misericórdia de nós”.

Essas falas retratam um pouco do que sentimos a cada momento crítico nas unidades de saúde, pois ficamos imaginando que, a qualquer momento, um de nós estaria no lugar daquele paciente. Por vezes, eu e uma médica da estabilização conversávamos sobre nossas possíveis entubações por causa da Covid-19. Eu: “não sei se quero ser entubado não”. A médica: “se você cair na minha mão, te entubo, só não te entubo se, na hora da sua fadiga para respirar, você me pedir, [disser] que não quer ser entubado, aí vou respeitar sua decisão”. A todo instante, o medo toma conta de nossos pensamentos e sempre imaginamos coisas ruins para nós, pois estamos intensamente expostos.

O sofrimento por causa do medo, para nós profissionais, torna-se quase insuportável, pois cada um tem sua convicção religiosa. Deparar com a escolha de quem vai ou não ser entubado, por falta de leitos e instrumentos, faz com que a gente quase enlouqueça. Nesse dia específico, quando sentamos no refeitório para conversar, um tentando aliviar a tensão do outro, falávamos que não era nossa escolha, que não éramos os responsáveis por aquilo tudo, os olhos lacrimejavam, a garganta dava um nó. Dizíamos que, mesmo assim, tínhamos que ser fortes, pois aqueles pacientes precisavam de nós, mesmo que a gente estivesse fraco, triste, angustiado. Naquele momento, éramos o alívio para eles.

Escrevo este parágrafo com olhos lacrimejando, pois eu estava lá nesse dia e vi e participei dessas situações. Uma, em especial, chamou-me a atenção, pois envolvia uma senhora idosa sem acompanhante.

A Mariana, senhora do leito 1, com cerca de 75 anos, com diagnóstico prévio de problemas respiratórios como doença de base, estava com diagnóstico de Covid-19 e fazia uso de máscara de oxigênio para ajudar na respiração. Enquanto eu andava pela enfermaria, observei que ela estava muito inquieta na cama, virando-se de um lado para o outro, arrancando a máscara de sua face.

Um técnico foi até lá e conversou com ela, levantou a cabeceira de seu leito, deixando-o em inclinação de aproximadamente 70°. Mesmo assim, ela não melhorou. Fiquei olhando para essa situação, que a cada momento parecia ficar pior e, em determinado momento, o enfermeiro que eu também sou veio para o lugar do

pesquisador. Fui até a senhora e fiz uma avaliação rápida das condições dela. Notei que ela estava entrando em um quadro de hipóxia (baixa oxigenação nos tecidos corporais), sua pele havia perdido a coloração, estava pálida – hipocorada, como dizemos –, com cianose (coloração arroxeada) nas extremidades e lábios. Aumentei a quantidade de oxigênio e fui ao médico comunicar a situação, para que ele fizesse a intervenção cabível.

O médico foi até a paciente, fez uma avaliação rápida e, de lá do leito, prescreveu verbalmente 100 miligramas endovenosas de hidrocortisona. Que é um corticóide. Ele foi conversando com a paciente, tentando acalmá-la. O técnico de enfermagem fez a medicação e os dois posicionaram a paciente novamente no leito, pois ela estava literalmente atravessada na cama, com os pés totalmente para fora, para o lado que o médico estava avaliando, e a cabeça caída sobre as grades do lado oposto.

Após receber medicação, mantendo-se um fluxo de oxigênio aumentado e conversando com o médico, a paciente começou a melhorar desse quadro de insuficiência respiratória.

Essa paciente estava na estabilização por apresentar um quadro de insuficiência respiratória. Por não haver vaga, pela idade e pelas comorbidades de Mariana, ela não seria eleita para a primeira vaga hospitalar que surgisse. Acompanhei o desenrolar do estado dessa paciente até o final do plantão. No finalzinho do plantão, ela estava mais hipocorada, quase da cor de um papel branco, e mais fraca, mal conseguia se mexer na cama. Sua face expressava sofrimento, ela tinha olhos fundos, uma cor escura em volta do globo ocular, a pele ressecada e olhar vidrado. Uma colega enfermeira passou por mim, que observava a paciente, e disse que Mariana tinha “a cara da morte”. Mesmo sendo enfermeiro e pesquisador, fiquei tão mal ao ouvir aquilo de minha colega de profissão, que senti até um nó na garganta, pois realmente a paciente estava morrendo a cada instante e não era possível fazer nada.

Enquanto profissional de saúde frente a uma situação como essa, onde ficamos e somos impotentes, a única alternativa para nós é “ligar o automático” e fazer o que for necessário para que todos os pacientes recebam cuidados de enfermagem, sem deixar a parte de envolvimento emocional aflorar. Quando falo em “ligar o automático”, é no sentido de que, mesmo sabendo que um paciente está perto da morte, substituímos, em nosso pensamento, essa informação de morte iminente por outra, imaginando que ele está ali para tratar alguma doença que logo será curada e irá para casa.

Por vezes, eu precisava me afastar desse cenário de caos e ir ao estacionamento da unidade, como intuito de me recuperar de tanta coisa ruim que estava acontecendo e vivenciando naquele dia. Ser o pesquisador que observa a situação e o profissional da saúde ao mesmo tempo é um sofrimento duplo, uma imensa perda de energia.

Esse duplo lugar de sofrimento ocasionou-me insônia naquela noite, pois eu já me via no dia seguinte na unidade, trabalhando como enfermeiro e tendo que encarar tudo de novo, agora como o profissional atuante, tentando fazer o pesquisador não aparecer para sofrer novamente, não ser duplo. Porém, como eu dizia para minha orientadora em nossas conversas, meu olhar, após entrar na antropologia, mudou, e essa mudança me faz sofrer dobrado, por ter agora a empatia mais afluída.

Após passar por tanto sofrimento em um único dia, em 13 de março de 2021 resolvi não entrar em campo, para manter minha sanidade. Fiz uma troca de plantão.

A 14 de março de 2021, eu estava novamente na UPA como enfermeiro. Esse dia deveria ser diferente – não um campo de pesquisa. Contudo, mesmo atuando na qualidade de profissional da saúde, seguia vendo e percebendo os acontecimentos como pesquisador de campo. Novamente, o caos estava instalado. A equipe do plantão era composta de quatro enfermeiros e três médicos na enfermaria e, a todo momento, chegavam mais internações.

Nesse dia, as vagas estavam saindo com maior fluidez: por vezes, o paciente nem bem havia sido admitido na enfermaria e a regulação já liberava vaga para outro hospital. O problema era o transporte, pois haviam sido liberadas cerca de cinco vagas de enfermaria e todas precisavam do Samu para transportar pacientes. A equipe de transporte do Samu é composta por um técnico de enfermagem e o condutor. Nas outras ambulâncias, chamadas de “ambulâncias brancas”, vai apenas o condutor. Os acompanhantes dos doentes, diante da morosidade do sistema público para o deslocamento de pacientes, contrataram ambulâncias particulares. Eles estavam mais interessados em salvar seus entes queridos, do que no dinheiro que teriam que arrumar com familiares. “O dinheiro não é o problema, quero é salvar meu irmão, vou pegar emprestado com família, com quem for preciso, só quero que vocês liberem ele para a gente transferir” (irmã de paciente, 13 de março de 2021, UPA Flamboyant).

O plantão foi frenético o dia inteiro, com muitas internações e transferências. Em diversos momentos, não dava para acompanhar cada saída com o devido critério. Devido

a esses acontecimentos, notava-se um fluxo aumentado de condutores e equipes de transporte dentro da enfermaria. Os familiares agradeciam na saída, com um “tchau, obrigado por tudo!”.

Estive em campo a maior parte do tempo durante o dia e também fiz entrada em campo durante o período noturno, na UPA Flamboyant. Pois meus plantões são durante o período diurno, então para observar como estava sendo a dinâmica dos atendimentos aos pacientes com suspeita e confirmados para a Covid-19 à noite, eu entrei em campo alguns dias durante o período noturno.

No dia 16 de março de 2021, por volta das 20h, entrei em campo. Havia bastantes pacientes e acompanhamentos pelos corredores da UPA Flamboyant. Isso me causou espanto, pois, em tempos de Covid-19, não deveria haver tantos pacientes e acompanhantes andando pelos corredores.

Dei então uma volta nas dependências da unidade e encontrei uma fila de pacientes, misturados a acompanhantes, no corredor que dá acesso ao laboratório. Um pouco mais adiante, na porta da estabilização, familiares aglomeravam-se em busca de notícias sobre seus entes queridos que estavam internados.

Médicos conversavam com acompanhantes no meio do corredor tentando acalmá-los, observei uma enfermeira andando apressada pelos corredores. Seu capote verde tinha uma faixa e esta se arrastava pelo chão, ela tinha os cabelos um pouco arrepiados e falava alto e rápido com outros pacientes e acompanhantes que a cercaram no meio do corredor central em busca de informação: “Não gente, esse paciente eu não sei quem é, espera o médico vir falar com vocês, não consigo responder a todos, ainda mais sem saber quem é esse paciente”.

A cada momento, passava um profissional cercado por dois ou três acompanhantes que faziam perguntas ao mesmo tempo. Uma delas foi bem marcante: “Você acha que ele vai ficar bem? Está fora de perigo de vida?”.

Esses questionamentos são, na verdade, meios de obter uma afirmação de quem, naquele contexto, é o detentor do saber poder sobre a vida daqueles que lhes foram confiados – o médico. Uma resposta deixaria os acompanhantes um pouco menos aflitos, mais tranquilizados.

Foto 11—Corredor central e entrada externa e interna da enfermaria da UPA Flamboyant



Foto: Flavio Toledo ,2 de abril de 2021.

Dei mais uma volta pela unidade e todos os locais estavam lotados de pacientes e acompanhantes. No corredor da sala de medicação, a fila estava enorme, misturava-se com a fila do raio-x, que fica no mesmo corredor. E foi observado também que apesar da sinalização com faixas coloridas no chão, que conduzem aos setores, e com placas informativas nas paredes, a todo momento, um paciente perguntava ao outro onde ficava o laboratório, o eletrocardiograma, ou a enfermaria. Talvez o número aumentado de pacientes pela UPA os tenha assustado. Eles queriam resolver logo seus problemas para ficar o menor tempo possível exposto e, por isso, não estavam atentos às sinalizações.

No mês de março de 2021, tivemos 16 mortes com emissões de declarações de óbitos (DO), número superior a média de mortes fora do período pandêmico que é de no máximo quatro pessoas por mês. No fechamento mensal feito por mim sobre os óbitos da nossa unidade, observa-se os mais diversos tipos de causas mortas, com prevalência de dez mortes por complicações respiratórias (Covid- 19, pneumonia, insuficiência respiratória). Todos os prontuários também interrogavam-se sobre a possibilidade de óbito por Covid-19.

É importante salientar que depende do médico plantonista que esteja conduzindo o caso no momento do óbito declarar ou não todas as causas que podem ter levado o paciente à morte. O que for colocado na declaração de óbito terá implicações para o transporte do corpo, o velório e o enterro. Devido a isso, alguns diagnósticos que estão

no prontuário não são levados em conta pelo médico assistente que assina a DO. Dos óbitos mencionados anteriormente, a maior parte foi de pacientes do sexo masculino. 62,5% das vítimas eram desse sexo, contra 37,5% do sexo feminino. A idade média dos falecidos era de 66,25 anos.

No dia 21 de março de 2021, ao chegar à UPA Flamboyant, deparei com 18 balões verdes fixados em hastes na entrada principal da unidade, cada um com uma letra em cor branca, formando os dizeres: “Deus salva nossa nação”

Foto 12 – A esperança traduzida em balões verdes: Deus salva nossa nação



Fonte: Flavio Toledo, 21 de março de 2021.

Diante da presença cada vez maior de finitude devido ao novo Coronavírus, vinham à baila, entre os cristãos, pensamentos sobre a necessidade de aproximação com o divino para a cura do corpo físico, ou para a “salvação da alma”, e ainda, a ideia de uma oportunidade de vida em um “lugar melhor”.

Em nome dessa aproximação com o “divino”, fiéis saíram de suas residências e foram às portas das UPAs de Aparecida de Goiânia para cantar e orar, com as mãos voltadas em direção às UPAs, em gesto de imposição de mãos. Esses cantos e orações tinham a intenção de atrair bênçãos divinas para as unidades, para que todos os enfermos pudessem melhorar. Também almejavam que Deus guiasse os sentidos dos profissionais de saúde, para que pudessem tomar as decisões corretas e salvar as vidas daqueles que estavam sob seus cuidados.

Foto 13 – Familiares dos pacientes internados fazem orações e cânticos de louvor na porta da UPA Flamboyant



Foto: Danila. Responsável Técnica da UPA Brasicon, 31 de março de 2021.

Além das pessoas que faziam imposição de mãos nas portas das unidades, um pastor evangélico entrava nas unidades sem pedir permissão, e dizia bem alto “Só Jesus salva”, só Jesus cura”, entregando informativos impressos que versam sobre ensinamentos bíblicos, sem seguir nenhuma medida de biossegurança.

Ele entrava em quase todos os departamentos julgava abertos a todos, ignorando a proibição de entrada na estabilização, que visa evitar mais contaminação para os pacientes. Na parte externa da unidade, diante dos pacientes que esperavam, o pastor inicia sua fala como se estivesse na igreja. Apontando para a Bíblia, conforme notei naquele momento, dava mais ênfase a uma mensagem em especial: “Pai perdoa, eles não sabem o que fazem”.

Não compreendi na hora a quem essa frase estava endereçada, se era para nós, profissionais de saúde que, em sua visão, precisávamos de algum perdão por atuar de forma somente técnica, ou se era para os pacientes que esperavam atendimento e não sabiam o que faziam, por isso tinham contraído Covid-19.

4.4 A COVID-19, AINDA SENDO ENTENDIDA COMO PUNIÇÃO DIVINA

No dia 27 de março de 2021, por volta das 17h, fui ao refeitório tomar café e encontrei um(a) técnico(a) de enfermagem que participou das entrevistas. Começamos a conversar sobre assuntos diversos e, em um dado momento, ele(a) perguntou-me o que eu estava achando do reduzido número de pacientes na unidade naquele dia. Eu disse que acreditava que isso se devia ao fato dos que precisavam de internação já terem vindo, todos de uma vez, na semana do caos, do dia 12 ao dia 24 de março de 2021.

Continuamos a conversa enquanto tomávamos café e, em um determinado momento, ele(a) disse: “Isso talvez seja uma punição divina para os humanos”. Diante dessa fala, pedi permissão a ele(a) para seguirmos a conversa como parte da pesquisa, na qualidade de entrevista. Ele(a) autorizou e, então, prosseguimos. Meu(a) colega continuou falando que acreditava que poderia ser sim uma punição divina, para que os seres humanos se “endireitassem” e se voltassem mais a Deus. Questionei-o(a) sobre o que seria endireitar-se e obtive como resposta que as pessoas deveriam ser menos más, fazer as coisas certas, ter mais amor ao próximo, pois só assim seria possível voltar à normalidade e parar de sofrer com essas doenças e perturbações.

Ele(a) continuou: “Se isso não acontecer, não vão parar de vir pragas, vai ser uma atrás da outra. Isso já aconteceu uma vez, está na Bíblia”. Essa fala remete aos escritos bíblicos do velho testamento sobre as dez pragas do Egito, que Deus teria mandado, segundo ensinamentos judaico-cristãos, para que o faraó libertasse os escravos, que eram os filhos de Deus.

Perguntei então se ele(a) também via a questão de outra forma, argumentando que o planeta poderia estar devolvendo ao seres humanos o mal que eles estavam causando ao planeta. Então ele(a) parou, pensou e respondeu: “sim, isso pode também ser pensado deste jeito, mas isso tudo é Deus tentando fazer o ser humano evoluir, porque não sei onde, mas tem que a cada 100 anos uma praga vem para endireitar o ser humano”. Fica evidente que, em seu entender, estamos sendo provados e obrigados a evoluir para nos tornarmos dignos desta terra e das bênçãos de Deus, e que, em seu entendimento, Deus permite que coisas ruins aconteçam a seus “filhos”, para que eles possam então obedecer a suas regras e normas.

Seguindo a conversa no sentido das pragas, ele(a) parou e ficou tentando achar

o nome das pragas sobre as quais queria falar na sequência: “a primeira foi a peste negra, a segunda acho que foi o cólera, a terceira, a gripe espanhola e agora, para nós, veio a Covid-19, para fazer uma limpa”. No meio da nossa conversa, chegou outro(a) técnico(a) de enfermagem, que tinha outra visão em questão religiosa – era espírita. Ele(a) falou que sua opinião era diferente, pois tinha ido a uma sessão espírita e um espírito desceu. Esse espírito era de uma senhora que havia morrido e trouxe o seguinte relato:

A Covid-19 foi, para ela, uma forma de desencarnar como livramento, pois depois que ela morreu, ela viu que seu fim seria muito pior se a Covid-19 não tivesse vindo, que seria com câncer nos ossos e que ela iria sofrer demais com dores intensas, então ela agradecia pela Covid-19 tê-la livrado desse mal (profissional da saúde nº 21 – UPA Flamboyant, 27 de março de 2021).

Nessas duas falas, percebi que a justificativa de tanta tormenta, tantas mortes e tanta exaustão passava por aceitar que a Covid-19 estaria ligada a obra de “Deus”, consistindo em um castigo ou “chamado” para que seus “filhos” seguissem os caminhos considerados corretos. Só assim o planeta Terra estaria livre desse mal.

No próximo tópico, discuto um pouco a questão do medo e suas faces entre os profissionais de saúde na UPA Flamboyant, com base no que escreveu o historiador Jean Delumeau (2009). Também exponho que, com o avanço da pandemia, em determinado momento, esse medo diminuiu, sem nunca desaparecer entre nós, os profissionais de saúde. Nesse momento, voltamos a ter comportamentos e atitudes de antes da pandemia de Covid-19, com abraços, apertos de mão, refeições presenciais conjuntas etc.

4.5 A ONIPRESENÇA DO MEDO

Jean Delumeau, História do medo no oriente médio, 2009
[...] o medo “nasceu com o homem nas mais obscuras das eras”. “Ele está em nós [...] Acompanha-nos por toda a nossa existência

O medo humano é múltiplo, não se restringe, como em outros animais, ao temor de ser devorado. A imaginação humana recria-o constantemente (DELUMEAU, 2009). Quando o primeiro caso de Coronavírus foi anunciado no estado de Goiás, em março de

2020, alguns profissionais da saúde que trabalham na UPA Flamboyant entraram em pânico. Eles vinham acompanhando, através de noticiários, o número de mortos crescente em outros países e, diante da notícia dos primeiros casos no estado – o vírus estava próximo –, a sensação de fintude foi intensa a ponto de causar pavor.

Não farei uma diferenciação minuciosa entre medo e angústia, como Delumeau (2009). Mas considero importante notar que, segundo esse historiador, o medo refere-se a algo determinado, enquanto a angustia é vivida como uma espera dolorosa diante de um perigo que se torna mais temido, quanto menos identificado – um sentimento generalizado de insegurança. Tratarei o tema do medo de forma ampla, tomando como ponto de partida os termos que meus interlocutores utilizaram para se referir ao medo (terror, pavor, angústia, apreensão, receio, inquietação).

O medo tomava proporções diversas e alimentavam sentimento de que não existia lugar mais temido pelos profissionais da saúde da UPA Flamboyant, do que a própria unidade onde desenvolviam suas atividades laborais. O medo tornava-se onipresente, motivando a discriminação, como já mencionado anteriormente, contra pacientes que chegavam para procurar atendimento apresentando sintomas gripais. Essa rejeição era e é sentida e vivida na pele por quem passou pelo processo de contaminação, como foi meu caso.

Meu resultado positivo para Covid-19 saiu no dia 27 de julho de 2020, às 23h30. Eu estava sentindo sintomas sugestivos para a Covid-19 e resolvi fazer o teste. Conhecendo os sintomas descritos nas literaturas, eu tinha certeza, em minha mente, de que daria positivo. Tinha deitado e, logo que a mensagem do laboratório chegou a meu celular, fui até o computador para conferir o resultado. Mesmo sabendo que daria positivo, senti um frio na barriga, uma hesitação em olhar o resultado, minhas pernas tremiam. Mas eu tinha que olhar.

Quando digitei meu nome, apareceu o PDF do exame para baixar. Uma vez aberto o arquivo, o resultado apareceu: “Detectado (presença do RNA de Coronavírus Sars-CoV-2)”. Confesso que gelei, passou um filme na minha frente de tudo o que eu já havia visto acontecer com os pacientes positivos para a Covid-19 e nas reportagens dos telejornais. Tentei me acalmar, mandei uma mensagem para meu namorado, Beto, falando do resultado e voltei a deitar para dormir. Mas agora, eu teria que prestar atenção redobrada em mim mesmo. Ao deitar para dormir, eu sentia respiração mais dificultada.

Nesse dia, eu estava sozinho em casa, o que me deixou um pouco mais aflito, pois se eu piorasse de um instante a outro, não poderia contar com mais ninguém. No dia seguinte, logo cedo, peguei meus aparelhos de verificação de sinais vitais: aparelho de pressão, oxímetro de dedo e termômetro. Mantive-os ao meu lado o tempo todo e, a cada instante, quando achava que estava ofegante, eu verificava a saturação e mensurava a temperatura com o termômetro.

O filme que passou pela minha cabeça estava embasado pelo “conhecimento comum”, induzido e fixado sobretudo pela mídia no imaginário dos pacientes e também em nosso imaginário de profissionais da saúde. O “conhecimento comum” apresenta-se como uma verdade que é preservada na memória, repassada e reprisadas (FILHO, 2012). Ele produz imagens como a de um enfermo com falta de ar angustiado, à procura do oxigênio, reforça a inquietação causada pelo medo da morte e a solidão que aparece enquanto a morte ronda, mesmo que se esteja no meio de muitos.

Quando a pandemia de Covid-19 chegou a nosso estado, o pavor de ter mãe e pai contaminados foi tão grande, que me reuni com meus irmãos e resolvemos, entre nós, Denise Toledo, Daniel Jr. Toledo e eu, que deveríamos tirar nossos pais de perto de mim e de meu namorado, Beto. Ambos trabalhamos na área de saúde²⁷, e a chance de contaminação era muito alta/dobrada. Daniel, meu irmão mais novo, chegou a falar para nossa mãe: “mãe, é 100% de certeza que vão pegar, então a senhora tem que sair de perto deles”.

Nesse momento, o medo fez passar por sua mente que eu e Beto éramos uma ameaça que deveria ser evitada, ainda que, em outros momentos, os que agora eram vistos como ameaça tivessem sido as melhores opções para nossa mãe, pois entendemos de saúde, somos da área e não a deixaríamos à mercê de pessoas imperitas ou imprudentes no cuidado com a saúde. Esse paradoxo gerou, em diversas ocasiões, vários conflitos em minha mente. Eu era, ao mesmo tempo, o “emissário da morte” e o “protetor e mantenedor da vida”.

O imaginário sobre a doença Covid-19, na mente de meus irmãos e até mesmo na minha, gerou insegurança naquele instante. Essa insegurança refletia a possibilidade

²⁷ Eu, Flavio Toledo – enfermeiro, trabalho em uma UPA e na vigilância epidemiológica – e Beto – técnico de enfermagem, trabalha em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atende pacientes com Covid-19.

de morte iminente. Nesse sentido, a imposição feita por meu irmão para que meus pais se afastassem esteve presente (FILHO, 2012). Daniel usou a seguinte frase: “você já cuidaram muito de nós, agora é hora de cuidarmos de vocês. E nesse momento, o melhor cuidado é ficar longe deles”.

No dia 13 de março de 2020, ao chegar do trabalho, encontrei o carro de meu pai do lado de fora da garagem de casa, carregado e ligado para sair. Entrei em casa e vi minha mãe em prantos, dizendo “não quero ir! Não quero deixar meus filhos e ficar lá longe sem notícias! Por que vocês não vão falar a verdade sobre o que está acontecendo aqui? Não quero abandonar vocês nessa hora!”.

O choro só aumentava à medida que ela falava, então fui até ela e disse para ter calma que, naquele momento, era o melhor a fazer, pois a doença era nova e não tínhamos como lidar com essa situação. Eu argumentei ainda que os telejornais noticiavam que os mais velhos estavam morrendo e que ficaríamos bem, que iríamos nos unir mais do que já somos unidos e que todos os dias ligaríamos para ela e daríamos notícias verdadeiras, mesmo se essa verdade fosse a pior das notícias. Então, ela aceitou, entrou no carro e partiu para uma casa que temos no interior do Tocantins.

Nesse momento, ser profissional da saúde e estar trabalhando na linha de frente da pandemia foi entendido como uma ameaça aos parentes próximos, obrigando-nos a nos separar. A partir dessa ocasião, comecei a perceber que nós, na linha de frente do combate à Covid-19, estávamos marcados como os “emissários da morte certa”, inclusive para nossos parentes.

Se éramos “heróis de branco” para a população, quando estávamos nas unidades de saúde, do lado de fora voltávamos a ser os “emissários da morte”. Essa marca que nos atribuíram gerou desconforto emocional, pois quando mais precisamos de um familiar para conversar, receber palavras de carinho e consolo, não podíamos contar com eles, pois estávamos isolados e obrigados pela profissão a expor nossas vidas em prol de outras pessoas.

O máximo de afeto que conseguíamos era por vídeo-chamada. Estar contaminado com Covid-19, ser profissional da saúde da linha de frente e ficar isolado me fez sentir frustração, sentimento de ser descartável. Somente quem passa por isso sabe mensurar o quanto essa situação é dolorosa. Você, que há poucos dias era um herói, passa a ser o vilão que precisa ficar enclausurado com sua “peste” e, quando (e

se) for curado, volta a ser novamente o herói que venceu a “peste” e pode se expor novamente. Aí, todos passam uma borracha naquele passado em que você era o vilão. Mas ninguém sabe o que essa “peste” causou em você, tanto mental, quando fisiologicamente, e quais são as marcas, visíveis e invisíveis, que você vai carregar, apenas por ser um profissional da saúde.

A dor da escrita desse parágrafo é tão grande, que me faz reviver momentos de imensa tristeza e sofrimento. A todo instante, relembro o vídeo *Andrà Tutto Bene*²⁸, que a professora Joana Fernandes mandou para mim, ao sentir que eu não estava muito bem física e emocionalmente, em um de meus dias de isolamento devido à doença. Ao abrir o vídeo, ler a tradução da música e ver as imagens, entrei em prantos, pois eu já estava isolado, esperando que aquilo passasse para que realmente, após aquele momento, eu pudesse estar junto das pessoas que amo.

O medo de morrer solitário por causa da profissão que escolhi foi tão grande, que chorei muito alto, sentindo um desespero que, só de lembrar para escrever, deixa-me um grande abalo emocional.

4.6 O ESTIGMA/MARCA DE SER UM PROFISSIONAL DA SAÚDE EM TEMPOS DA COVID-19

Segundo Goffman (1988), a “marca” é entendida como um estigma que torna as pessoas marcadas diferentes das demais. Em minha pesquisa, percebi que o estigma que nos torna diferentes é o fato de sermos profissionais da saúde, pois os “normais” não trariam a morte para casa, os normais seriam os que não trabalham na área da saúde. Nesse momento, os “diferentes” devem ser evitados, mesmo que sejam seus filhos, irmãos, mães e pais.

Quando todos os colegas de profissão ficaram sabendo que eu havia positivado para a Covid-19, entraram em contato por telefone e pelo aplicativo de mensagem WhatsApp. Porém, a discriminação aconteceu logo na primeira vez que fui até a unidade

²⁸ Cristóvam e Pedro Varela gravaram em vídeo e deram vida à canção que se tornou um hino de resistência contra o inimigo “invisível” (COSTA, 2020). O vídeo está disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hSH_4xnE76k&feature=emb_imp_woyt. <https://www.noticiasaoiminuto.com/cultura/1450576/andra-tutto-bene-o-hino-do-tempo-em-que-a-distancia-e-prova-de-amor>

de saúde. Fui levar Beto para fazer o teste, pois ele estava sentindo os mesmos sintomas que eu senti quando testei positivo. Ao chegar à unidade, os amigos que mandaram mensagens estavam lá, mas não chegaram perto e enviaram outra pessoa para nos entregar os materiais para a coleta de swab e a notificação.

Fiz a notificação e, quando fui entregar a caneta para a técnica de enfermagem que foi levar os materiais, ela não queria pegar na caneta que eu havia usado para preencher a notificação, então tive que descartá-la na lixeira próxima a nós. Essa situação causou uma sensação horrível, fez-me sentir como o “emissário da morte”, um ser impuro/sujo que tem que ser evitado a qualquer custo, mesmo por aqueles que se dizem amigos. Nessa ocasião, o medo dos amigos foi tão intenso que, após meu resultado positivo, mesmo sem apresentar nenhum sintoma, os que trabalhavam mais próximos a mim se testaram. E sobre o resultado de exame do Beto, também veio positivo. E quando isso aconteceu eu fiquei com peso na consciência, pois em minha mente eu que teria contaminado ele com o coronavírus.

Naquele momento, o medo deles era tão presente, que tudo e todos eram nocivos à saúde. Não havia como precisar de onde partiria o ataque que os afetaria, derrotando-lhe se, em alguns casos, levando-os à morte. No dia 4 de maio de 2021, quase um ano depois do ocorrido, entendo que era tudo muito novo e que fizeram esses atos horríveis temendo por suas próprias vidas.

Quando fui contaminado (27 de julho de 2020), a tensão era extrema, o costume de nos aglomerarmos na hora do café da manhã, almoço ou lanche da tarde havia virado uma verdadeira tormenta, o amigo tornara-se um potencial inimigo. Abraços foram abolidos, apertos de mãos foram extintos, conversar com um colega sem máscara, em proximidade, era algo considerado uma extrema falta de respeito. Tais ações eram passíveis de repreensão verbal por parte da diretoria da unidade e motivos de exclusão pelos demais colegas: o profissional que não respeitasse a nova convenção tornava-se o produtor de possíveis mortes. A impessoalidade e o silêncio viraram regra.

Com o passar do tempo, o número de óbitos relacionados à Covid-19 foi aumentando e o pavor de estar na linha de frente, a sensação de insegurança e as crises de ansiedade também aumentaram em consequência. Teríamos como fugir? Para onde fugir? Somos profissionais da saúde e temos que enfrentar todas as adversidades, sejam elas simples, como um trauma, sejam elas um pico hipertensivo, uma suspeita de

meningite, tuberculose, HIV/Aids, sejam extremamente desgastantes, como é o caso dessa pandemia.

Segundo Filho (2012, p. 15),

O medo é entendido, sobretudo, como sinônimo de insegurança, condição que espelha o alargamento das possibilidades da morte iminente. Por outro lado, o sentimento de segurança de conhecimento e de domínio de uma determinada situação comporta, em seu significado sedutor e inebriante, a promessa de prolongamento da vida, ou na pior das hipóteses, a capacidade de evitar-se temporariamente a morte.

Partindo desse entendimento, talvez se possa aventar a ideia de que nós, os profissionais da saúde, vamos de um extremo a outro em pouco tempo no tocante ao medo, pois a convivência contínua com o perigo de contaminação cobre nossos olhos com uma espécie véu, e não conseguimos enxergar o real perigo que corremos durante nossos plantões. Ainda mais hipoteticamente, se adoecermos, não sabemos se haverá vagas de UTI para nossas internações. Escrevo esse pequeno entendimento com conhecimento de causa, por ser um profissional da saúde que atuou na linha de frente do combate à Covid-19 nas duas ondas da pandemia: enquanto não for noticiado pela imprensa que os leitos de UTI estão lotados, seguiremos agindo como se não estivéssemos em uma pandemia.

Mas quando essa informação aparece nos noticiários e jornais (impressos e televisivos), o sentimento de medo, angústia e tensão volta com toda intensidade, fazendo com que intensifiquemos as medidas de prevenção.

4.7 CONVIVENDO COM AS MORTES E BANALIZANDO O PERIGO

A convivência de 12 meses (de março de 2020 a março de 2021) com mortes e novos pacientes infectados pelo Coronavírus, atrelada ao risco de contaminação, causaram uma regressão do medo. Mesmo no contexto da segunda onda da Covid-19 (março de 2021) e presenciando colegas e familiares sendo infectados e levados pela doença, nosso comportamento mudou, passamos a banalizar o perigo e embarcamos em uma sensação de segurança, ou melhor, uma sensação de falsa segurança.

No início, utilizávamos todos os equipamentos de proteção individual, mas na segunda onda, usamos apenas máscara N 95 e, quando muito, o capote. A proibição dos

abraços, beijos no rosto, apertos de mão e aglomerações durante as refeições caiu no esquecimento e voltamos a agir como se não houvesse mais pandemia.

Presenciei um fato interessante, quando uma paciente viu dois profissionais de saúde se cumprimentando com um abraço. Ela disse: “depois dessa de vocês de se abraçarem, não preciso me preocupar com mais nada, se vocês podem, nós também podemos”. Nesse episódio, fica nítido que foi totalmente esquecido que o perigo não passou, que o risco ainda é alto e que estamos deixando o perigo à margem e jogando uma espécie de roleta-russa²⁹, mesmo tendo ciência de que o número de mortos está aumentando. No dia 6 de maio de 2021, segundo painel Covid-19 Brasil, havia 416.949 mortes registradas. A contaminação não baixou e os velhos hábitos voltaram. Nem as mortes têm o mesmo impacto do início.

Não consigo explicar como funciona esse mecanismo, essa sensação de (falsa) segurança, mas a vivencio em todos os plantões. Tenho algumas hipóteses, sendo uma delas a confiança na vacina da Covid-19, pois todos os profissionais da UPA Flamboyant já foram imunizados. A mudança também pode ser em decorrência do fato da maioria já ter sido contaminada, gerando uma falsa percepção de que possui imunidade pós doença. Por fim, a perda do medo pode se dever às vivências no ambiente de trabalho. Experiências de recuperações de colegas com Covid-19 podem estar relacionadas à minimização ou rotineirização do perigo. Sigo o entendimento de Filho (2012, p. 18), para quem a “cultura de segurança, [é] sinônimo quase perfeito de alta dose de confiança”.

Trabalhar na área da saúde é estar constantemente exposto a inúmeros agentes que podem ser letais. Isso ocorre desde os primeiros semestres na faculdade, pois temos aulas de microbiologia, parasitologia, imunologia, biossegurança e controle de infecção hospitalar. A repetição das normas e técnicas de lavagem das mãos e desinfecção com álcool, entre outras medidas, e falar constantemente em agentes infecciosos produz uma aproximação do acadêmico com o perigo, ao invés de medo. Essa espécie de “dessensibilização³⁰” expõe, aos poucos, os acadêmicos aos agentes que outrora eles

²⁹ Roleta-russa é um jogo de azar, em que os participantes colocam um cartucho em uma das câmaras de um revólver. O tambor do revólver é girado e fechado, de modo a que localização da bala seja desconhecida. Os participantes apontam o revólver para suas cabeças e atiram, correndo risco de morte caso a bala esteja na câmara engatilhada.

³⁰ A dessensibilização ou imunoterapia hipossensibilizante é uma técnica de imunoterapia criada há mais de um século com o objetivo de reeducar o sistema imune de pacientes alérgicos, para induzir

pensavam ser fatais, criando resistência e um pensamento de invulnerabilidade. Paulatinamente, inoculam-se pequenas doses de invulnerabilidade nos acadêmicos, frente aos agentes nocivos.

Tavares e Barbosa (2014), em seu artigo, Reflexões sobre a emoção do medo e suas implicações nas ações de Defesa Civil, discutem o mecanismo de cultivo do medo: de tão inseridos no contexto, os agentes da defesa civil, já não distinguem entre estado de alerta ou de contingência. O contexto dos profissionais de saúde não é diferente, em minha percepção.

Mas o medo também é cultivado pelo sofrimento contínuo ou por atrocidades existenciais que, de tão inseridas no contexto, já não se distinguem entre estados de alerta ou de contingência, ambos muitas vezes abonados pela força dos padrões culturais, tais como as recorrências das inundações, das estiagens e da seca, que se constituem como uns dos mais importantes padrões de desastres considerados (TAVARES; BARBOSA, 2014).

O medo é uma emoção recorrente e cotidiana, com implicações para a percepção de tudo ao redor. Atrevo-me a falar sobre as experiências vivenciadas e superadas durante a pandemia e diante do Coronavírus. A rotineirização da Covid-19 configura-se como mais uma na organização de uma “cultura do perigo”, que é vivenciada pelos profissionais da saúde.

Essa cultura do perigo é monetizada e incide em seus vencimentos, que podem ser aumentados em 10%, 20% ou 30% a título de “insalubridade”, para que aceitem permanecer expostos ao perigo. Porém, cabe ressaltar, que os profissionais que estão na linha de frente e não são estatutários, nem comissionados, não têm direito a esse “incentivo”, expondo suas vidas e de seus familiares por plantões de 150³¹ reais para nível técnico e 247,50 reais para nível superior, exceto no caso dos médicos, que ganham muito mais.

Encerro (18/07/2021) esta escrita com a segunda onda em curso e com uma tendência à diminuição dos números de novos casos e mortes causadas pela Covid-19.

a tolerância imunológica aos alérgenos aos quais esse sistema é sensível (Wikipédia).

³¹ Edital 001/2021 de chamamento de pessoa física para credenciamento profissional com vistas a atuar junto a secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia, unidades 24 horas. Disponível em: <https://webio.aparecida.go.gov.br/api/conc/publicacoes/download/60623d45bcb5aa7bf55f20b2>

A vacinação contra o Coronavírus está a conta-gotas, os hospitais campanha estão sendo desmontados, os governantes tentando fazer com que a “normalidade” do país, dos estados e dos municípios sejam restabelecidas.

Governadores e prefeitos usam a vacinação para se promover, mesmo com o estoque baixo ou sem estoque, lançando chamadas de novos grupos e faixas etárias a ser imunizadas. Pensam, quem sabe, nas eleições para governador, em 2022. O cenário faz parecer que tudo é passível de politização e fonte de proveito pessoal.

Os casos de mortos e contaminados continuam, mas não são tão evidenciados quanto no começo da pandemia. Há iminência de uma terceira onda o Brasil em, 5 de maio de 2021, contava com apenas 33% da população imunizada, segundo o site de notícias G1 (REIS; SORANO, 2021).

Fatos como esses nos fazem pensar que estão longe de acabar os problemas relacionados com a pandemia de Covid-19, e que, se fossemos acompanhar o decorrer de toda a pandemia com nossa etnografia, teríamos inúmeras surpresas – talvez não tão boas como gostaríamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O medo é um tema que vem atravessando o cotidiano e marcando de forma cada vez mais a vida coletiva e individual, levando a modificações de comportamento e na esfera mental. Delumeau (2009, p. 30) refere que o medo é concebido de modo individual como uma emoção-choque, devido à percepção do perigo urgente que ameaça a preservação de sua vida.

O medo não é uma particularidade humana. Podem-se verificar ações amedrontadas em diversas espécies de animais. De fato, o medo é fundamental para a sobrevivência, seja qual for o grau de complexidade da forma de vida animal. É uma reação a uma situação de perigo (real ou imaginário). E o medo do invisível causador da pandemia da Covid-19, despertou inúmeras emoções nos profissionais de saúde, o rotineiro foi reinventado e adaptações foram tendo que ser feitas para assegurar a vida dos que estão na linha de frente ao enfrentamento da Covid-19.

Este trabalho possibilitou ter uma visão de quão expostas suas vidas estão durante suas atividades laborais, porém, a rotina diminuiu a sensibilidade para a percepção deste perigo consequentemente diminui o medo. No decorrer da pesquisa no campo o medo foi sofrendo alterações, inicialmente era um medo extremo onde tudo e todos eram considerados como potencial de transmissão e consequentemente portadores da morte. E com o passar do tempo esse medo se tornou tão diminuto que todas as rotinas que os profissionais tinham antes da pandemia voltaram ao dia a dia dentro das duas unidades de saúde pesquisada. Rotina que falo no sentido de não usar máscara quando estão só os profissionais de saúde em determinados ambientes onde não tem paciente que os possa filmar sem a máscara, abraços, aperto de mãos, confraternizações dentro das unidades de saúde, etc.

Ficou evidenciado ainda com este trabalho que um espirro se transformou em algo repulsivo. Profissional da saúde que relatasse que estava com dor no corpo e na cabeça e que espirrasse era tratado com desrespeito e colocado para fora do ambiente de trabalho. O preconceito criado a partir de um espirro, causava desconforto e sofrimento para aquele que espirrou. Mesmo que estivessem negativos no teste da Covid-19, o estigma que estes sofreram os deixavam abalados emocionalmente. A incertezas estavam em toda parte, e não teria como saber quem seria o próximo a ser

contaminado, mas atitudes e por vezes palavras preconceituosas individualizava cada vez mais os profissionais da saúde. As marcas deixadas por ser um profissional da saúde que trabalhava em emergência a cada dia machucava mais os que tinham que exercer sua profissão nesta pandemia. O sentimento de culpa gerado após ser estigmatizado trouxe consequências que só o tempo poderá apagar ou minimizar. Os que infligem podem até esquecer, mas o que são infligidos não esquece facilmente. Mesmo sendo desrespeitados, estigmatizados, nós os profissionais de saúde continuamos, com marcas e feridas internas causadas pelos próprios colegas de trabalho, continuamos e seguimos pois a pandemia não parou e outros precisam de nós.

O invisível vírus que ao chegar ao Brasil despertou inúmeros sentimentos que a cada instante se apresentavam com intensidades diferentes, tais como o medo extremo, pavor, ansiedade, incerteza nos profissionais de saúde pesquisados foi se dissipando na medida em que a pandemia foi sendo entendida como “ondas”.

Ondas essas que foram contaminando os profissionais de saúde, causando medo em ter que exercer suas atividades laborais. A cada contaminação aumentava mais do distanciamento, o receio de ficar próximo e de ser o próximo, o que era próximo teria então que se tornar distante e deveria ser evitado, a discriminação tomou o protagonismo nas relações interpessoais, o estigma se fez presente não de forma velada, mas de forma a evidenciar que

o portador do “mal invisível” não era bem vindo em nenhum local enquanto estivesse no período de quarentena. Os laços de amizades deram uma estremecida durante o período mais crítico da pandemia, a sensação de ser impuro perante os colegas de trabalho abria um abismo entre estes.

E ainda como fator agravante, no campo político o presidente do Brasil, com seu (des) governo, fez o papel inverso ao que deveria, com zombaria de quem fosse se imunizar, desrespeitando e sendo contra as leis de isolamento social, colocando os que o seguem fanaticamente em constante exposição ao vírus e ainda tentando fazer com que a população não acreditassem que os números cada vez maiores de mortes em decorrência da Covid-19 sempre aconteceram e que agora estão tentando usar estes dados numéricos contra ele.

Já no contexto político estadual e municipal a Covid-19, foi usada para impor

fechamento e escalonamento de bairros nas cidades, para impor medidas restritivas quanto a gastos públicos, para superfaturar e onerar o erário público, para implantação de políticas neoliberais e para promoção pessoal de governantes durante a pandemia. Promoção essa feita quando a vacina chegou ao Brasil em novembro de 2020.

Mas muitos brasileiros pagaram um preço muito alto tendo como uma das causas esses (des) governo do presidente do Brasil, pagaram com a própria vida. Foram perdidas vidas de mães, pais, irmãos, filhos, tios, avós, professores, dentre outras. Com o fechamento desta dissertação em 17 de julho de 2021, temos um total de 540 mil vidas perdidas por causa da Covid-19. Vidas essas que poderiam ser salvas talvez não no total, mas em parte se esse governo tivesse aceitado a ciência como ponto de partida para conduzir a pandemia. Descendo hierarquicamente na mesma data já citada, quanto ao número de mortos causados pela Covid-19, temos o Estado de Goiás com 20.050 óbitos pela Covid-19 e Aparecida de Goiânia com 1.466 óbitos pela Covid-19.

Com o desenrolar da dissertação, o alvo sofreu alteração, pois o medo que era o alvo a priori sofreu um descolamento nesse espaço-tempo etnografado, passando de extremo medo para um medo suave quase imperceptível, e me atrevo a falar que a Covid-19 foi colocada no rol das doenças transmitidas por aerossóis pelas atitudes dos profissionais de saúde com o passar dos meses. Mesmo que esta tenha mudado o perfil de complicações que antes tinha maior letalidade nos idosos, e com o passar dos meses mudou o perfil, e a maior incidência e prevalência estava sobre os adultos jovens, e mesmo com estas mudanças no perfil de morbimortalidade as atitudes de rotineirizar o perigo prevaleceu e ganhou espaço dentro das unidades de saúde, a ponto de usarem alguns dos EPI's apenas para quando eram fiscalizados pelas chefias e não para proteção pessoal.

Esse deslocamento do medo no tempo, fez com que eu ficasse mais intrigado, pois não consegui precisar o momento desse salto temporal que ocorreu. Ficando um caminho a ser percorrido para tentar estabelecer um nexos causal com a rotineirização do medo.

Outra questão que se fez importante é a visão expandida que obtive em relação a saúde doença e o processo de cuidar dos profissionais da saúde para com os pacientes. Estamos longe de sermos humanizados em nossas assistências, colocamos

o outro em um lugar onde será despersonalizado o “do leito nove”, infantilizado “vozinha”, descaracterizado “o da barriga d’água” e tiramos a autonomia de sujeito e os colocamos como passivos de nossas condutas e diagnósticos. O saber poder nos torna “deuses” nos colocando superiores aos que nos procura. Mas, a maioria destas ações feitas durante a assistência ao paciente, é de forma despretensiosa e automática, não sendo a intenção, pelo menos da maioria em colocar o outro em total submissão quanto ao cuidado de sua saúde.

Com esta dissertação vejo que a saúde ainda tem muito a aprender com os que são cuidados pelo modelo biomédico, temos que parar com julgamentos, preconceitos, atitudes desrespeitosas e enxergar o ser humano que está diante de nós e este ser humano não é a personificação de uma doença mas sim uma pessoa que precisa de nossa ciência para junto com a ciência popular que cada um carrega, juntar forças e conseguir êxito na melhoria daquele mal que o aflige naquele momento. Só após percebermos que somos uma soma de ciências conseguiremos tratar de forma humanizada os sujeitos que nos procuram para que compartilhemos nosso saber com eles.

Neste sentido vejo que a antropologia tem todo aparato teórico para dar subsídio aos profissionais da saúde no entendimento do processo saúde doença. E precisamos que esta ciência seja mais incorporada as graduações da área da saúde para podermos termos profissionais com uma visão realmente holística no atendimento aos sujeitos que nos procura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABC Digital. Goiás está vivendo a segunda onda da Covid-19. Governo de Goiás, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://www.goias.gov.br/servico/97-pandemia/123992-goias-est-vivendo-a-segunda-onda-da-covid-19.html>. Acesso em: 7 abr. 2021.

ALENCAR, ISABELA. CREMEPE. Brasil registra 691 mortes nas ultimas 24h; o total chega a 171.460. Folha de Pernambuco. Recife, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://www.cremepe.org.br/2020/11/27/brasil-registra-691-mortes-nas-ultimas-24h-o-total-chega-a-171-460/>. Acessado em: 30 jul. 2020.

ALVES, GIOVANNI. O novo coronavírus e a catástrofe do capitalismo global. Blog da Boitempo, 20 mai. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/05/20/o-novo-coronavirus-e-a-catastrofe-do-capitalismo-global/#comments>. Acesso em: 2 ago. 2020.

ANVISA. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020, de 8 de maio de 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>. Acesso em: 11 set. 2020.

APARECIDA DE GOIÂNIA. UPAs de Aparecida são aprovadas na vistoria técnica do Ministério da Saúde. Prefeitura de Aparecida, 9 mai. 2017. Disponível em: <http://www.aparecida.go.gov.br/upas-de-aparecida-sao-aprovadas-na-vistoria-tecnica-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

APARECIDA DE GOIÂNIA. Boletim epidemiológico Coronavírus/Covid-19 em Aparecida. Secretaria Municipal da Saúde, 30 jul. 2020a. Disponível em: <http://www.aparecida.go.gov.br/boletim-epidemiologico-coronavirus-covid-19-em-aparecida-de-goiania-30-de-julho-de-2020/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

APARECIDA DE GOIÂNIA. Boletim epidemiológico Coronavírus/Covid-19 em Aparecida. Secretaria Municipal da Saúde, 27 nov. 2020b. Disponível em: <http://www.aparecida.go.gov.br/boletim-epidemiologico-coronavirus-covid-19-de-aparecida-de-goiania-27-de-novembro-de-2020/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

APARECIDA DE GOIÂNIA. Boletim epidemiológico Coronavírus/Covid-19 em Aparecida. Secretaria Municipal da Saúde, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://www.aparecida.go.gov.br/boletim-epidemiologico-coronavirus-covid-19-de-aparecida-de-goiania-31-de-marco-de-2021>. Acesso em: 9 abr. 2021.

BAGNO, Marcos. Preconceito linguístico: o que é, como se faz? São Paulo: Loyola, 1999. BBC. "Covid-19 não é pandemia, mas sindemia": o que essa perspectiva científica muda no tratamento. CEE/Fiocruz, 14 out. 2020. Disponível em: [https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264#:~:text=O%20termo%20sindemia%20\(um%20neologismo,mera%20soma%20dessas%20duas%20doen%C3%A7as%E2%80%9D](https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264#:~:text=O%20termo%20sindemia%20(um%20neologismo,mera%20soma%20dessas%20duas%20doen%C3%A7as%E2%80%9D) D. Acesso em: 7 nov. 2020.

BBC. China 'encobriu' casos de coronavírus em Wuhan, diz cientista que investigou origem da pandemia. Terra, 28 jul.2020. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/china-encobriu-casos-de-coronavirus-em-wuhan-diz-cientista-que-investigou-origem-da-pandemia,4d11932185954cfbbb261f2630e0c4c3yye4rdbf.html>. Acesso em: 1º ago. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 jun. 2021.

BRASIL. Portaria GM nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. COFEN, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acessado em: 5 set. 2020.

- BRASIL. Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Diário Oficial, n. 70, seção 1, 11 de abril de 2012, p. 195. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Res_423_2012_pag1.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.
- CARVALHO JUNIOR, Eládio F. (De)leites (PrEP)arados: uma etnografia sobre a profilaxia de pré-exposição ao HIV em Anápolis/GO. 2020. 138f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2020.
- CLIFFORD, James. Dilemas de la cultura. antropología, literatura y arte en la perspectiva pó moderna. Barcelona: Gedisa, 1995.
- COSTA, Natasha Nunes. 'Andrà Tutto Bene', o hino do tempo em que "a distância é prova de amor. Notícias ao Minuto, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.noticiasao minuto.com/cultura/1450576/andra-tutto-bene-o-hino-do-tempo-em-que-a-distancia-e-prova-de-amor>. Acesso em: 2 nov. 2020.
- CRF-SP. Farmacodermias. Informativo Farmácia Clínica, s.d. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/images/arquivos/farmacodermia.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.
- COLABORA SAÚDE. Com colapso no sistema de saúde, Amazonas revive piores dias da pandemia. COLABORA 5 JAN. 2021. Disponível em: <https://projetocolabora.com.br/ods3/com-colapso-no-sistema-de-saude-amazonas-revive-piores-dias-da-pandemia/>. Acessado em: 06/09/2021.
- CSSE/JHU. Novel Coronaviírus (Covid-19) cases. Disponível em: <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>. Acesso em: 9 abr. 2021.
- DELUMEAU, Jean. História do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- DUTTA, Sanchari Sinha. Que é saturação do oxigênio? Medical News, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://www.news-medical.net/health/What-is-Oxygen-Saturation-Portuguese.aspx#:~:text=Para%20adultos%2C%20a%20escala%20normal,o%20suplemento%20externo%20do%20oxig%C3%AAnio>. Acesso em: 2 nov. 2020.
- EFE. Primeiro contágio pelo coronavírus teria acontecido em novembro, diz jornal. Uol, 13 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/efe/2020/03/13/jornal-afirma-que-primeiro-contagio-da-covid-19-na-china-ocorreu-em-novembro.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 2 nov. 2020.

- EL PAÍS BRASIL. 716.000 empresas fecharam as portas desde o início da pandemia no Brasil, segundo o IBGE. EL PAÍS BRASIL, 19 JUL 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-19/716000-empresas-fecharam-as-portas-desde-o-inicio-da-pandemia-no-brasil-segundo-o-ibge.html>. Acessado em: 06/09/2021.
- FILHO, Claudio Bertolli. Novas doenças, velhos medos: a mídia e as projeções de um futuro apocalíptico. In: MONTEIRO, Yara Nogueira; CARNEIRO, Maria Luiza Tucci (org.). A doença e os medos sociais. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012, p. 13-36.
- FLEISCHER, Soraya. Como as doenças compridas podem nos ensinar sobre os serviços de saúde? Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, v. 4, n. 7, p. 24-44, 11 mai. 2018.
- FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 2012.
- FRRB. O que Significa “Pronar o Paciente”? FRRB, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://www.frrb.com.br/2020/04/29/o-que-significa-pronar-o-paciente/>.
- G1. Veja frases de Bolsonaro durante a pandemia do novo coronavírus. G1, 30 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/30/veja-frases-de-bolsonaro-durante-a-pandemia-do-novo-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- G1 AM. Documentos mostram que mais de 30 morreram nos dois dias de colapso por falta de oxigênio em Manaus. G1 AM, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/25/documentos-mostram-que-mais-de-30-morreram-nos-dois-dias-de-colapso-por-falta-de-oxigenio-em-manaus.ghtml>. Acesso em: 5 jun. 2021.
- G1 DF. Paciente do DF testa positivo para coronavírus; contraprova é aguardada. G1 DF, 5 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/03/05/paciente-do-df-testa-positivo-para-coronavirus-contraprova-e-aguardada.ghtml>. Acesso em: 1º ago. 2020.
- GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p. 13-41.
- GEERTZ, Clifford. Do ponto de vista de nativo: a natureza do pensamento antropológico. In: O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa. Petrópolis: Editora Vozes,

2001, p. 85-107.

GOFFMAN, Erwin. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOVERNO DE GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Atualização dos casos de doença pelo coronavírus (Covid-19) em Goiás. Governo de Goiás. 30 jul. 2020a. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/coronavirus/noticias-coronavirus/11399-atualizacao-dos-casos-de-doenca-pelo-coronavirus-covid-19-em-goias-30-07-2020>. Acessado em: 7 abr. 2021.

GOVERNO DE GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Atualização dos casos de doença pelo coronavírus (Covid-19) em Goiás. Governo de Goiás. 28 nov. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/coronavirus/noticias-coronavirus/11958-atualizacao-dos-casos-de-doenca-pelo-coronavirus-covid-19-em-goias-28-11-2020>. Acessado em: 7 abr. 2021.

GOVERNO DE GOIÁS. Goiás tem 6.805 mortes e 308.482 infectados. Governo de Goiás, 30 dez. 2020c. Disponível em: <https://www.goias.gov.br/servico/100-boletim-covid-19/123820-goi%C3%AAs-tem-6-805-mortes-e-308-482-infectados.html>. Acesso em: 7 abr. 2021.

IBGE. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JONES, Kate E.; PATEL, Nikkita G. et al. Tendências globais em doenças infecciosas emergentes. *Nature*, n. 451, p. 990-993, 2008.

KETELBEY, Domingos. Aparecida muda estratégia para conter segunda onda e adotará o escalonamento regional. *Diário de Goiás*, 13 mar. 2021. Disponível em: <https://diariodegoias.com.br/aparecida-muda-estrategia-para-conter-segunda-onda-e-adotara-o-escalonamento-regional/>. Acesso em: 7 abr. 2021.

LACERDA, Paula. Sequelas da Covid-19: complicações em vários órgãos indicam uma doença sistêmica. *O Globo*, 5 mai. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus-servico/sequelas-da-covid-19-complicacoes-em-varios-orgaos-indicam-uma-doenca-sistemica-24404630>. Acesso em: 7 abr. 2021.

LAGE, Giselle Carino. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. *Espaço Acadêmico*, n. 97, 2009.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana Rev. Bras. Ci. Soc., vol.17, n. 49, p.11-29, 2002.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. Horizontes Antropológicos, n. 32, 2009.

MARCO ZERO CONTEÚDO. Cortes no SUS e teto de gastos são desafios no combate ao Coronavírus. IG Economia, 21 mar. 2020. Disponível em: <https://economia.ig.com.br/2020-03-21/cortes-no-sus-e-teto-de-gastos-sao-desafios-no-combate-ao-coronavirus.html>. Acesso em: 2 nov. 2020.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. Lisboa: Edições 70, 1988. MERGULHÃO, Alfredo. Na linha de frente do combate, profissionais de saúde são diagnosticados com Covid-19. Época, 11 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/sociedade/na-linha-de-frente-do-combate-profissionais-de-saude-sao-diagnosticados-com-covid-19-24364263>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MS. Plano brasileiro de preparação para uma pandemia de influenza. Brasília: MS, 2010.

MS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Secretaria de Vigilância em Saúde, 6 jan. 2020a. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/calendario-epidemiologico-2020/43-institucional>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MS. Brasil confirma o primeiro caso da doença. Agência Saúde, 27 fev. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 1º ago. 2020.

MS. Portaria GM nº 454, de 20 de março de 2020c. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do Coronavírus (Covid- 19). Diário Oficial, 55-F, seção 1, p. 1, 20 mar. 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 11 set. 2020.

MS. Orientações para o registro de casos suspeitos de Covid-19 no e-SUS VE. Conasems, 5 mai. 2020d. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-para-o-registro-de-casos-suspeitos-de-covid-19-no-e-sus-ve/>. Acesso em: 11 set. 2020.

MS. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. MS, 21 mar. 2020e.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28002.

Acesso em: 1º ago. 2020.

MS. Boletim epidemiológico especial: doenças pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 35 (23-29 ago. 2020). MS, Brasília, 2020f. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/02/18h-Boletim-epidemiologico-COVID-29-final.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.

MS. Nota técnica nº 07 de 2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-cov-2(COVID-19) dentro dos serviços de saúde. (complementar à nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020) publicada em 08 mai. 2020g. Revisão 1: 05/08/2020. Revisão 2: 17/09/2020. Disponível em: file:///C:/Users/Flavio/Downloads/NT_07_PREVENO_DE_TRANSMISSO_COVID_19_INTRA_INSTITUIO_17.09.2020.pdf. Acesso em: 9 set. 2020.

MS. PAINEL CORONAVÍRUS. Óbitos acumulados de Covid-19 por data de notificação. Atualizado em 31 dez. 2020h. . Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 21 de abr. 2021.

NASCIMENTO, Pedro; MELO, Ariana Cavalcante de. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (org.). Etnografias em serviço de saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

OLIVEIRA, Francisco A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface, v. 6, n. 10, 2002, p. 63-75.

OMS. International Health Regulations. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: regulamento sanitário internacional coronavírus. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7179json-file-1>

OPAS. Vírus respiratórios emergentes incluído o novo Coronavírus Covid-19. Curso de formação. Disponível em: <https://www.campusvirtualsp.org/pt-br/curso/doencas-ocasionadas-por-virus-respiratorios-emergentes-incluindo-covid-19>.

OPAS BRASIL. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo Coronavírus). Atualizada em 30 de julho de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 31 jul. 2020.

PADROS Vindola C. Rápido e sujo? Uma revisão sistemática do uso de etnografias rápidas na organização e prestação de serviços de saúde. *BMJ Quality&Safety*, v. 27, 2018, p. 321-330.

PATZ, Jonathan et al. Paisagens insalubres: recomendações de políticas sobre mudança no uso da terra e emergência de doenças infecciosas. *Perspectivas de saúde ambiental*, v. 112, n. 10, p. 1092-1098, jul. 2004.

PINK, Sara; MORGAN, Jenny. Short-term ethnography: intense routes to knowing. *Symbolic Interaction*, v. 36, p. 351-61, 2013.

PINHEIRO, Lara. Brasil tem 29,5 mil mortes por Covid-19 em janeiro. G1, 1º jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/02/01/brasil-tem-295-mil-mortes-por-covid-19-em-janeiro-numero-e-o-terceiro-maior-desde-o-inicio-da-pandemia.ghtml>. Acesso em: 9 abr. 2021.

POLITIZE. CPI da Covid: entenda o processo de instalação da Comissão! Politize, 14 abr. 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/cpi-da-covid-19/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

PRADO, Amanda D. ;PEIXOTO, Bruna C. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 46, 2020, e4128.

REIS, Thiago; SORANO, Vítor. Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil. G1, 5 jun. 2021. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

RICONFERRAZ, Amélia. As grandes pandemias da história. *Rev. Ciência Elem.*, v. 8, n. 2, p. 25, 2020.

SANTIAGO, Silvano. Uma literatura nos trópicos. Ensaios sobre dependência cultural. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

SANTOS, Selma Cristina dos. Narrativas e silêncios no sofrimento do morrer: cuidados paliativos, câncer e ambiente familiar. 2020. 367f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2020.

SES-GO. Boletim epidemiológico Covid Goiás. Disponível em: <https://covidgoias.ufg.br/#/map>. Acesso em: 31 jul. 2020. SILVA, Andressa. História da enfermagem. Página de internet, 2010. Disponível em:

<https://www.webartigos.com/artigos/historia-da-enfermagem/52207>. Acesso em: 31 julh. 2020.

SINGER M.; CLAIR, S. Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Med. Anthropol.*, v. 7, 2003, p. 423-441.

SLATTERY, Gram; EISENHAMMER, Stephen; PEROBELLI, Amanda. Importado pelos ricos, Coronavírus agora castiga os pobres no Brasil. UOL, 1º mai.2020. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/05/01/importado-pelos-ricos-coronavirus-agora-castiga-os-pobres-no-brasil.htm#:~:text=Importado%20pelos%20ricos%2C%20coronav%C3%ADrus%20agora%20castiga%20os%20pobres%20no%20Brasil,-Um%20devoto%20de&text=Importado%20pela%20elite%20brasileira%20em,m>

ais%20dif%C3%ADcil%20de%20ser%20controlada. Acesso em: 30 ago. 2020. SPIVAK, Gayatri C. Pode o subalterno falar? Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

TAVARES, Luana Marcia Baptista; BARBOSA, Fernando Cordeiro. Reflexões sobre a emoção do medo e suas implicações nas ações de Defesa. *Civil. Ambient. Soc.*, v. 17, n. 4, p. 17-34, dez.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 mai. 2021.

TELESSAÚDE SÃO PAULO. Qual é a diferença entre surto, epidemia, pandemia e endemia? Unifesp, 2020. Disponível em: <https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/dno/redes-sociais/159-qual-e-a-diferenca-entre-surto-epidemia-pandemia-e-endemia> acessado em 2020-06-15. Acesso em: 1 ago. 2020.

TESINI, Brenda L. Coronavírus e Síndromes respiratórias agudas (COVID-19, MERS e SARS). Manual MDS, mar. 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/v%C3%ADrus-respirat%C3%B3rios/coronav%C3%ADrus-e-s%C3%ADndromes-respirat%C3%B3rias-agudas-covid-19-mers-e-sars>. Acesso em: 3 mar. 2021.

TULIO, Sílvio; OLIVEIRA, Rafael. Goiás tem três casos confirmados de Coronavírus, diz governo. G1 GO, 12 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/12/goias-tem-tres-casos-confirmados-de>

<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/12/goias-tem-tres-casos-confirmados-de>

<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/12/goias-tem-tres-casos-confirmados-de>

<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/12/goias-tem-tres-casos-confirmados-de>

<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/12/goias-tem-tres-casos-confirmados-de>

<https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/12/goias-tem-tres-casos-confirmados-de>

coronavirus-diz-governo.ghhtml. Acesso em: 1º ago. 2020.

UCHOA, E.; Vidal, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cadernos de Saúde Pública, v. 10, n. 4, p. 33-57, 1994.

UNASUS. UNA-SUS INSTITUCIONAL. Organização Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. Ascom SE/UBA-SUS, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acessado em: 21 julh. 2021.

URIARTE, UrpiMontoya. O que é fazer etnografia para os antropólogos. Ponto Urbe, v. 11, 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/300>. Acesso em: 27 mar. 2020.

VALLE, Carlos Guilherme Octaviano do. Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS1. Vivência, n. 35, p. 33-51, 2010.

VEIGA-NETO, Alfredo. Mais uma Lição: sindemia covídica e educação. Educação & Realidade [online]. 2020, v. 45, n. 4 [Acessado 5 Jun 2021] , e109337. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-6236109337>>. Epub 11 Jan 2021. ISSN 2175-6236. <https://doi.org/10.1590/2175-6236109337>.

ZANUTTO, Marcelo. Saiba qual é o papel dos animais nas coronaviroses humanas. Zoetis Brasil, 12 mai. 2020. Disponível em: <https://www.zoetis.com.br/prevencao/caesegatos/posts/gatos/saiba-qual-o-papel-dos-animais-nas-coronaviroses-humanas.aspx>. Acesso em: 31 jul. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - COVID-19: A PANDEMIA DO MEDO ESTIGMA E SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE (APARECIDA DE GOIÂNIA)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do Projeto de Pesquisa sob o título “COVID-19: A PANDEMIA DO MEDO ESTIGMA E SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE (APARECIDA DE GOIÂNIA)”. Meu nome é Flávio Tolêdo de Almeida, sou o pesquisador deste projeto, mestrando em Antropologia Social. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado ao final e rubricado nas demais páginas, em duas vias. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, inclusive por ligação a cobrar, ou com a orientadora da pesquisa, a professora dra. Joana Fernandes, pelos telefones: (62)9 9152-8680, (62) 9090 9 9916-8632, ou através do e-mail flaviogotoledo@hotmail. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Goiás (UFG), localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação, Agência UFG de Inovação. Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício k2, sala 110, Piso 1, Campus Samambaia, 74001-970, ou pelo telefone (62)3521-1215. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares. Estamos a aproximadamente cinco meses do surgimento do novo Coronavírus, carregados de medos e anseios por parte da população e principalmente pelos profissionais de saúde que estão lidando frente a frente com o inimigo invisível. A expectativa é que surja um medicamento ou vacina eficaz para que essa aterrorizante enfermidade deixe de assolar a população.

A pesquisa tem como objetivo analisar e extrair das narrativas dos profissionais da saúde quais são os sentimentos experienciados na linha de frente da luta contra a Covid-19. Através dessas falas, poderemos compreender como eles lidam com o medo iminente de se contaminar e adoecer e/ou de levar esse vírus para seus entes queridos, com as mudanças de estilo de vida, com as restrições impostas em razão da enfermidade, que formas de relação existem entre profissionais, quais relações eles mantêm com seus familiares, muitas vezes, apenas por vídeo-chamadas e como lidam com o fato de não poderem tocar nos pacientes ou em seus familiares – a questão do “toque”.

Será realizada entrevista individual, com perguntas sobre como é lidar com o medo iminente de adoecer, visto que o Coronavírus ainda não tem como ser combatido

com medicamentos e o único meio de prevenção é o uso de equipamentos de proteção individual. Para o registro da entrevista, será utilizado um gravador. Não haverá nenhum tipo de identificação, não serão divulgados os áudios e não aparecerá seu nome na pesquisa.

Solicito sua autorização para gravar nossa entrevista, cuja transcrição você terá o direito de ler e aprovar. Para isso, solicito que rubrique, na opção desejada, se aceita ou não o uso do gravador em nossa entrevista.

() Permito a utilização de gravador durante a entrevista.

() Não permito a utilização de gravador durante a entrevista.

A entrevista terá duração de aproximadamente 1h30 por pessoa e será agendada a critério de cada participante, quando e onde ele desejar.

Não será realizado nenhum tipo de exposição do participante. Para manter o sigilo, sua identidade não será revelada. Não haverá divulgação dos áudios e serão utilizados nomes fictícios em trechos de sua entrevista transcrita. Durante a entrevista, com as perguntas solicitadas, se você apresentar algum desconforto emocional, a entrevista será imediatamente interrompida e você será acolhido até se recompor. Só retornaremos com a sua autorização, caso não queira dar continuidade, a entrevista será encerrada a qualquer momento.

Como possível risco, poderá ocorrer algum desconforto emocional e, nesse caso, a entrevista será encerrada.

No caso de aceitação, as informações do estudo serão divulgadas somente para fins científicos, sendo seus dados revelados por meio de eventos científicos e revistas científicas, em forma de artigo. Em nenhum momento, os nomes e dados dos participantes serão divulgados, ou seja, será garantido total anonimato. Os dados coletados e todas as informações obtidas serão armazenados por um período de cinco anos em local reservado, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, Flavio Toledo de Almeida. Após esse período, todo o material será picotado e reciclado, garantindo assim o sigilo dos resultados da pesquisa.

Você terá liberdade para sair da pesquisa a qualquer momento e poderá solicitar que as informações coletadas sejam descartadas. Você não sofrerá nenhum dano ou será prejudicado pela desistência. Não será fornecido nenhum tipo de pagamento ou gratificação pela sua presença na pesquisa, a sua presença será voluntária.

Em caso de desconforto emocional, será garantida a assistência integral. O pesquisador responsável por esta pesquisa cumprirá com todas as condições aqui descritas. Todas as informações coletadas serão confidenciais.

Eu, __, abaixo assinado, discuti com o pesquisador Flavio Toledo de Almeida minha decisão de participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho o direito, garantido em lei, de pleitear indenização em reparação de danos imediatos ou futuros decorrentes da minha participação na pesquisa. Concorde voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu ambiente de serviço.

Declaro que os resultados desta pesquisa se tornarão públicos, sendo estes favoráveis ou não.

Aparecida de Goiânia, ____ de _____de2020.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____

APÊNDICE B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE APARECIDA DE GOIÂNIA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

Pesquisador: Flavio Toledo de Almeida

Orientação geral: este é um roteiro com questões disparadoras. Está organizado em forma de tópicos que precisamos ter em mente para conduzir nosso diálogo com os(as) entrevistados(as).

1. Informações sobre a entrevista Local da realização da entrevista:

Data:

Entrevistado(a):

2. Informações sócio-demográficas Nome/Nome Social:

Sexo/gênero:

Idade:

Estado civil:

Filhos – quantos e idade? Escolaridade:

Ocupação/profissão:

Cargo que ocupa na unidade de saúde:

Cidade de residência:

Raça/cor:

Conte-me um pouco de sua rotina diária. Trabalha em quantos locais? Como são seus locais de trabalho? Qual cargo exerce em cada um deles?

Tira ou tirava algum tempo para lazer? Se tira, quais locais frequenta: vai ao cinema, parques, igrejas, boates, etc. Tem tempo para a família?

3. Família

Poderia falar com quem você mora? Quem e quantos compõem seu núcleo familiar?

O que eles falam sobre o seu trabalho como profissional de saúde e a quantidade de tempo que você dedica ao trabalho?

Como eles te viam e vêem nessa profissão que você escolheu, antes e depois do advento da Covid-19?

Você poderia relatar como seus familiares se comportam nessa pandemia, visto que você é um profissional de saúde?

4. Enfermidade (sobre Covid-19):

Sobre essa enfermidade, conte-me o que você sabe.

Você acreditava que essa enfermidade poderia chegar aqui? E que você estaria no meio dessa imensa luta diária?

Como você se vê no meio dessa batalha?

Poderia me dizer se você tem medo do (in) esperado? Faz alguma coisa para se proteger do vírus, além de usar os equipamentos de proteção individual?

Você poderia me falar se você acha que vai ser contaminado(a)? Se sim, por que você acha isso?

Você poderia me relatar se tem medo de se contaminar e levar esse vírus à sua família?

Se isso acontecesse, o que você pensaria naquele momento? Quais seriam suas ações mais imediatas?

Pode me falar um pouco se você alterou sua rotina diária por causa do vírus (mudou de casa? Parou de trabalhar em outras unidades?, etc.)

Fale um pouquinho sobre o medo, esse medo é por você ou pelos outros à sua volta?

Sobre os que estão à sua volta nos ambientes de trabalho, como eram e como têm sido as relações interpessoais de vocês neste momento de pandemia?

Pode me falar, se não for incômodo, se você sofre ou já sofreu algum tipo de preconceito por ser ou falar que é profissional da saúde, em tempos de Covid- 19?

Se você já sofreu, viu, ou sabe de alguém que sofreu algum tipo de preconceito por ser profissional da saúde, como poderia descrever os sentimentos que podem surgir ou surgiram naquele momento?

Poderia me dizer, se não for incômodo, se você se sente sozinho nesse momento, sem poder tocar ou abraçar seu marido, filho, mãe, pai e, principalmente, as avós e avôs neste momento em que estamos vivendo? Quais sentimentos vêm à sua mente agora?

5. Questões políticas

Você poderia me falar um pouco se você acha que essa pandemia tem algum cunho político?

Como estão seus locais de trabalho, se forem públicos?Quais suas impressões sobre os atendimentos, sobre a preocupação do poder público para com a população? E nos ambientes privados?

Você acha que está demorando para desenvolverem uma vacina ou qualquer forma de curar as pessoas, por algum motivo em particular?

6. Vivência nas unidades

Conte me um pouco sobre seus locais de trabalho, se você sente se seguro, se acha que poderia melhorar para com os profissionais.

Relate como estão as relações interpessoais: estão tendo algum tipo de apoio por parte da gestão?

Poderia me falar se está, nesse momento de pandemia, satisfeito por ser um profissional da saúde?

E nessa guerra contra o que não se pode ver, como você se sente? Você se vê como um herói de branco?

Será que você poderia externar seus sentimentos quanto às homenagens e aplausos da população por você estar na linha de frente?

APÊNDICE C

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE – UPA FLAMBOYANT

APARECIDA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

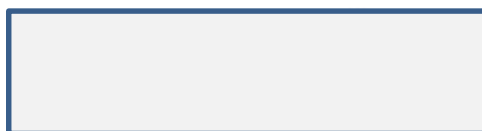
UPA

Aparecida de Goiânia, 06 de Julho, de 2020.

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa "COVID – 19 A Pandemia do Medo: A dor e o sofrimento dos profissionais de saúde frente ao medo de serem contaminados por esta enfermidade em unidades de saúde de Aparecida de Goiânia" de responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Joana Aparecida Fernandes e do mestrando Flavio Toledo de Almeida e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Atenciosamente,



CAROLINE RODRIGUES ALMEIDA

DIRETORA GERAL

APÊNDICE D

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS E PLANILHAS – UPA
FLAMBOYANT

APARECIDA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

UPA

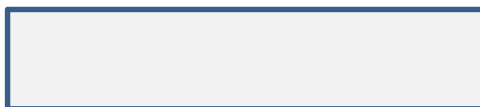
Aparecida de Goiânia, 06 de Julho, de 2020.

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS E PLANILHAS

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio e acesso aos dados das planilhas e prontuários que se fizerem necessários da UPA FLAMBOYANT vinculada a Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia para o projeto de pesquisa "COVID – 19 A Pandemia do Medo: A dor e o sofrimento dos profissionais de saúde frente ao medo de serem contaminados por esta enfermidade em unidades de saúde de Aparecida de Goiânia" de responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Joana Aparecida Fernandes e do mestrando Flavio Toledo de Almeida após aprovação ética. As planilhas somente serão acessadas dentro das unidades de saúde de Aparecida de Goiânia – Goiás que reservará uma sala adequada para este procedimento.

Sem mais para o momento, renovo meus votos de estima e cooperação.

Atenciosamente,



CAROLINE RODRIGUES ALMEIDA

DIRETORA GERAL

APÊNDICE E

AUTORIZAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SECRETARIA
DA SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**



Aparecida de Goiânia, 07 de Julho, de 2020

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio e acesso aos dados das planilhas que se fizerem necessários da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia para o projeto de pesquisa **"COVID – 19 A Pandemia do Medo: A dor e o sofrimento dos profissionais de saúde frente ao medo de serem contaminados por esta enfermidade em unidades de saúde de Aparecida de Goiânia"** de responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Joana Aparecida Fernandes e do mestrando Flavio Toledo de Almeida após aprovação ética. As planilhas somente serão acessadas dentro das unidades de saúde de Aparecida de Goiânia – Goiás que reservará uma sala adequada para este procedimento.

Sem mais para o momento, renovo meus votos de estima e cooperação.

Atenciosamente,



VÂNIA CRISTINA R. OLIVEIRA CÂMARGO

Superintendência de Vigilância em Saúde

APÊNDICE F

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



SECRETARIA
DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

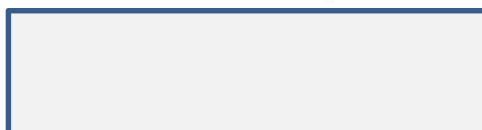


Aparecida de Goiânia, 07 de Julho, de 2020.

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa "COVID – 19 A Pandemia do Medo: A dor e o sofrimento dos profissionais de saúde frente ao medo de serem contaminados por esta enfermidade em unidades de saúde de Aparecida de Goiânia" de responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Joana Aparecida Fernandes e do mestrando Flavio Toledo de Almeida e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Atenciosamente,



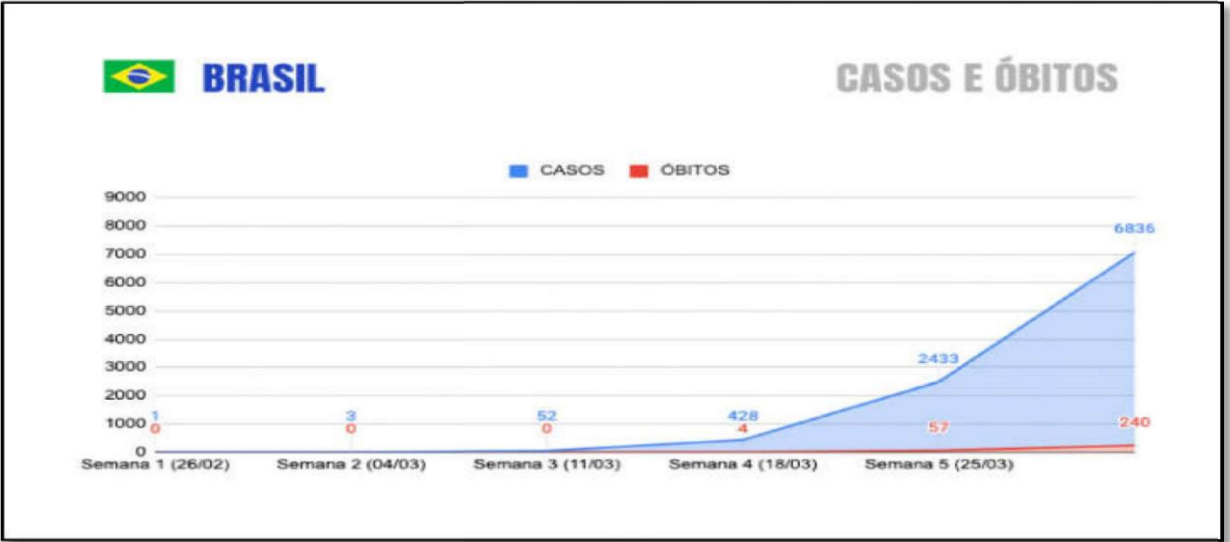
VANIA CRISTINA R. OLIVEIRA CAMARGO

Superintendência de Vigilância em Saúde

ANEXOS

ANEXO A

Gráfico 1 – Situação de casos confirmados e óbitos após 30 dias de Covid-19 no Brasil



Fonte: Canaltec. Disponível em: <https://canaltech.com.br/saude/como-esta-o-brasil-depois-de-30-dias-do-primeiro-caso-confirmado-da-covid-19-162742/>.

Gráfico 2 – Incidência de casos após seis meses da entrada do novo Coronavírus no Brasil.

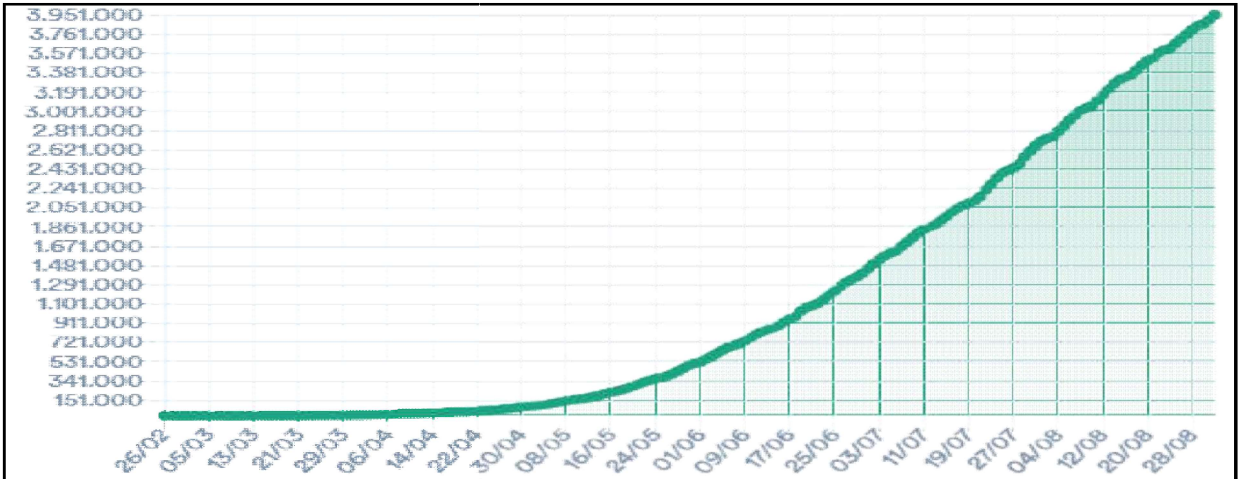
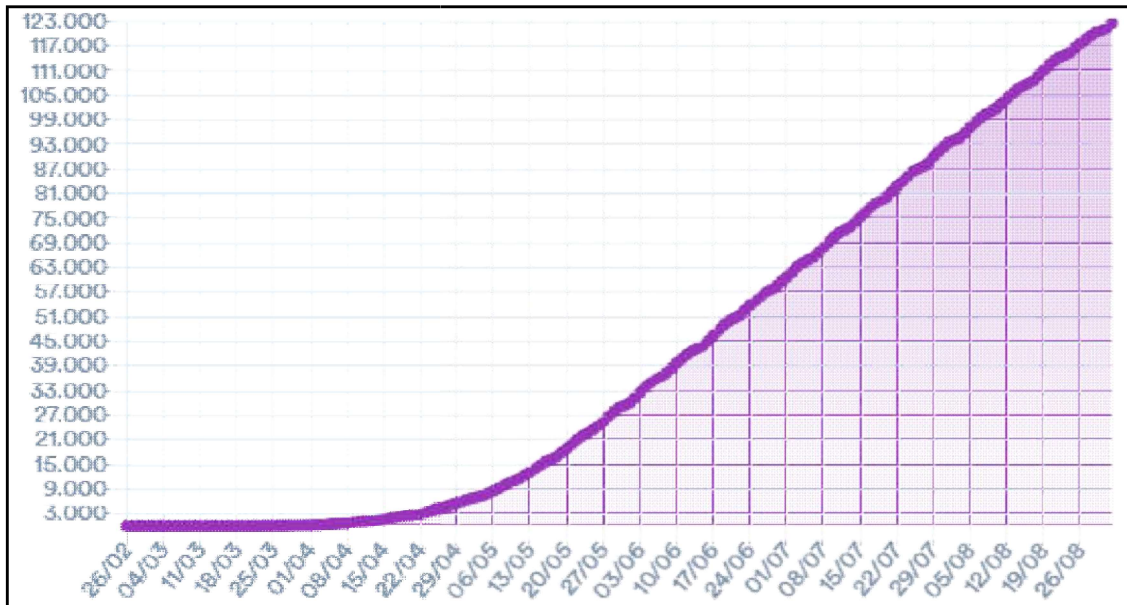


Gráfico dos casos acumulados da 35ª semana epidemiológica que termina no dia 28/08/2020, da COVID-19 por data de notificação. Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

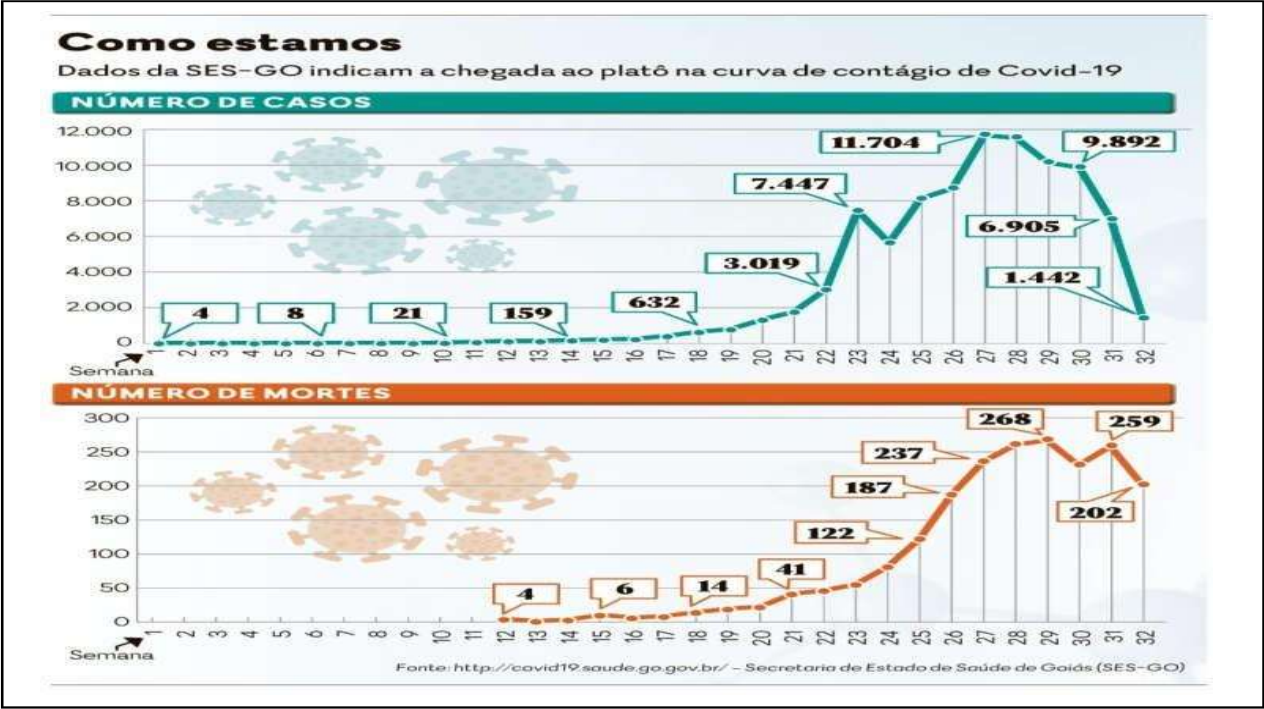
Gráfico 3 – Óbitos associados à Covid-19 por data de notificação



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

ANEXO B

Curva de platô de contágio da COVID-19 em Goiás, segundo a Secretaria Estadual de Saúde
(Semana 32 –2 ago. 2020 a8 ago. 2020).



Fonte:Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). Disponível em: <http://covid19saude.go.gov.br/>.

Painel 1 – Painel do boletim epidemiológico de Aparecida de Goiânia do dia 1º set. 2020 (Semana 36 – 30 ago. 2020 a5 set. 2020)



Fonte: Painel Aparecida COVID-19, 1º set. 2020. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/b3fff0a475074b87991c7fd43ea83d19>.