

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE**

Vivências em tempos de pandemia e seus impactos na saúde mental



Carolina Augusta Romão de Brito

São Carlos

2022

Carolina Augusta Romão de Brito

Vivências em tempos de pandemia e seus impactos na saúde mental

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, como parte das exigências para obter o título de Médico

Lei 1.3270/16

Orientadora: Prof^a Dra. Lucimar Retto da Silva de Avó

São Carlos

2022

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais, Cláudia e Cícero, aqueles que me apoiaram em todo esse processo de mudança e de adaptações, com todo o amor e a paciência do mundo. Se não fosse por eles, não chegaria neste lugar. Espero poder orgulhá-los, e a todos da minha família (incluindo Ana Maria, minha irmã de coração).

Sou grata a todos os meus amigos e colegas, sem os quais essa jornada teria sido muito menos prazerosa. Maria Beatriz, Nathalia, Marina, Willians, Leo, Daniel, Pedro, pessoas que (se tratando desse trabalho do tema de saúde mental) mantêm minha sanidade e que vou manter em meu coração para sempre. Minha gratidão ao Lucas, pelo apoio e por todo esse amor que me fornece e que me gera.

Agradeço também à minha orientadora, a Dra. Lucimar, que me guiou ao longo de todo esse processo. À Universidade, que me permitiu essa oportunidade, e a todos os docentes e preceptores que fizeram parte desse processo e que nos mostraram o tipo de profissional que queremos ser.

Por fim, agradeço ao Catarino e à Galadriel, minhas calopsitas, amores da minha vida.



Galadriel, à esquerda, e Catarino, à direita

RESUMO

O seguinte trabalho apresenta como objetivos a realização de uma revisão bibliográfica em relação aos conceitos em saúde mental, à pandemia de COVID-19, seu desenvolvimento e seus impactos na saúde psíquica. Além disso, seguindo o Projeto Político Pedagógico do curso, apresenta uma parte reflexiva, em que é feito um relato de minha jornada pessoal na Medicina UFSCar, e minhas vivências pessoais como estudante de medicina em tempos de pandemia.

ABSTRACT

The following work aims the construction of a review about mental health concepts, COVID-19 pandemics, and it's development, as well as its impact in mental health. Besides, following the Political and Educational Project of the medical course, I report my own experience during medical graduation at UFSCar, as well as medical student long pandemic.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
SUMÁRIO	6
INTRODUÇÃO	7
1. Conceitos em saúde mental.....	7
2. Cuidados com a saúde mental.....	8
3. A evolução da pandemia de COVID-19.....	9
4. A pandemia de COVID-19 e o adoecimento psíquico.....	11
METODOLOGIA	13
DISCUSSÃO	14
1. O COVID-19 e seu impacto direto na saúde mental.....	14
2. Um pouco sobre o curso de medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).....	15
3. A trajetória na Medicina UFSCar pré-pandemia.....	15
3.1. Primeiro ciclo.....	15
3.2. O segundo ciclo.....	16
4. A (sobre)vivência fora do curso: aprendendo a existir durante a pandemia de COVID-19.....	16
5. Terceiro ciclo: por fim, o internato.....	18
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

1. Conceitos em saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades”. Embora conceito difícil de ser alcançado em sua totalidade, apresenta a sua importância ao ampliar o leque de questões a serem pensadas no contexto de saúde-doença (Junior, 2021). Entre os aspectos a serem pensados, temos então a Saúde Mental.

A definição de uma saúde mental positiva, de acordo com Kaplan, deve levar em consideração alguns conceitos. Entre eles, temos o fato de que o que seria algo “médio” para a população em geral não necessariamente corresponderia ao saudável. Além disso, o conceito de “saúde” e “saudável” apresenta variação, dependendo da época e da geografia, tendo sua definição impregnada por valores culturais de cada organização social (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Seguindo então esses princípios, a definição de saúde mental pode seguir alguns modelos:

Modelo A: saúde mental como acima do normal, conceito por Sigmund Freud, que a considera como a capacidade de trabalhar e amar. Consideraria a saúde mental positiva como aquela acima da média normal – o que não seria o ideal, como já discutido anteriormente (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Modelo B: saúde mental como maturidade. Assim como o desenvolvimento físico, fisiológico de outros órgãos e sistemas, que ocorre ao longo do tempo, a saúde mental percorreria a mesma trajetória, com desdobramento maturacional e evolução da inteligência emocional e social (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Modelo C: saúde mental como emoções positivas ou “espirituais”. Neste modelo, a saúde mental poderia ser definida como o conjunto de emoções positivas que ligariam os seres humanos. As emoções negativas teriam uma ligação única com o *self*, com si próprio, originando-se no hipotálamo e sendo elaboradas na amígdala, como o medo e a raiva, sendo importantes considerando mecanismos de sobrevivência no momento presente e ativando o sistema simpático (luta e fuga). As emoções positivas, por sua vez, abrangeriam esperança, alegria, amor, respeito, fé, gratidão, perdão, compaixão, entre outras, sendo essas originadas no sistema límbico e únicas nos mamíferos, liberando o *self* e relacionando-se com o sistema nervoso autônomo parassimpático (redução de frequência cardíaca, pressão arterial, tensão muscular). Teriam o papel de expansão e construção, aumentando a tolerância com estranhos, ampliando criatividade e tornando os pensamentos mais flexíveis e criativos (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Modelo D: saúde mental como inteligência socioemocional. A inteligência emocional seria o reflexo de uma saúde mental acima da média, assim como o coeficiente de inteligência seria um reflexo de uma aptidão intelectual maior, também acima da

média. Essa inteligência emocional abrangeria diferentes aspectos, dentre eles: percepção e monitorização correta das emoções próprias; expressão adequada das emoções por meio de sua modulação correta (acalmar ansiedade social, por exemplo); reconhecer corretamente as emoções alheias e agir de acordo; capacidade de negociar relacionamentos íntimos com terceiros e capacidade de focar e motivar emoções de acordo com um objetivo desejado (canalizando impulsos) (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Modelo E: saúde mental como bem estar subjetivo. Além da capacidade de ser alegria aos outros, a saúde mental envolveria uma sensação de felicidade subjetiva (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Modelo F: saúde mental como resiliência. Estudos no Instituto do Desenvolvimento Humano de Berkeley e do Estudo de Desenvolvimento Adulto de Harvard mostraram a importância de mecanismos de defesa maduros para a saúde mental. Entre esses mecanismos, temos: humor; altruísmo; sublimação; antecipação ou supressão (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

2. Cuidados com a saúde mental

“É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (Cardoso, 2001) – LEI N° 10.216, de 06 de abril de 2001

Os atendimentos aos acometimentos psíquicos são, portanto, garantidos pela nossa legislação, devendo todos aqueles com acometimento de sua saúde mental ter o seu cuidado garantido, de maneira respeitosa, sigilosa e por profissionais capacitados.

A saúde mental, porém, deve ser cuidada não apenas quando acometida, mas também por meio da prevenção de injúrias e agravamentos: autoconhecimento, para a promoção de objetivos de vida e distinção sobre atividades de preferência; manutenção de uma rotina, para suprimir as diferentes demandas da vida; cuidados do seu sono, por meio de uma boa higiene de sono e criação de rituais pré-adormecimento; prática de exercícios físicos, ao menos 3 vezes pela semana, tentando sempre descobrir atividades que lhe sejam agradáveis; manutenção de uma alimentação saudável, evitando alimentos industrializados; hidratação com ao menos 2 litros de líquidos ao dia; realização de atividades prazerosas ao longo do dia, dedicando-se a hobbies; reforço dos laços familiares e de amizade, com interações sociais de qualidade; controle de estresse por meio da minimização das situações estressoras e da capacitação para enfrentamento resiliente; redução de cobranças internas; desconexão das redes sociais em volumes excessivos; aprender técnicas de

meditação e relaxamento; sempre procurar ajuda caso necessário, nunca realizando a automedicação (Junior, 2021) (Neto, Feldman, Noguchi, Cruz, & Gonçalves, s.d.).

Observamos grande dificuldade para a realização de tais cuidados preventivos e protetores da saúde mental e tais medidas são implantadas quando o contexto é transportado para situações de exceção, inesperadas, tal qual observada no contexto da pandemia pelo COVID-19, em que falamos de uma situação de adoecimento mundial, isolamento social, insegurança, medo e ausência de perspectiva.

3. A evolução da pandemia de COVID-19

A doença causada pelo coronavírus (COVID-19) é uma patologia infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, pertencente à família dos coronavírus (CoVs). Essa corresponde a uma família grande de vírus, causadores de diferentes espectros clínicos nos pacientes, desde resfriado comum até a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Por meio de pesquisas genéticas, demonstrou-se que a origem ecológica desses vírus seria a partir de morcegos do gênero *Rhinolophus*. O vírus teria sido transmitido aos humanos por meio de fonte animal, única, possivelmente relacionada ao Huanan Wholesale Seafood Market na cidade de Wuhan, local onde alimentos originados do mar, fazendas e aqueles de silvestres eram vendidos juntos, no período final de 2019 ((WHO), 2020).

Em dezembro de 2019, a OMS publicou documento sobre a ocorrência de uma pneumonia de causa desconhecida em Wuhan, na China; em 23 de janeiro, já haviam sido detectados mais de 800 casos da patologia globalmente distribuídas, em 20 regiões diferentes da china e outros nove territórios. Pela descoberta da origem em Huanan Wholesale Seafood Market, esse mercado foi fechado em 01 de janeiro de 2020. Em 13 de janeiro de 2020, foi detectado na Tailândia o primeiro caso internacional, fora da China, sendo associado a viajantes infectados, principalmente aos que realizaram viagens aéreas (aviões). Assim, em 20 de janeiro, foi confirmado pela National Health Commission (NHC) chinesa a possibilidade de transmissão do novo coronavírus entre humanos, mesmo dia em que foram confirmados casos no Japão e Coréia do Sul. No dia seguinte, também foram detectados casos nos Estados Unidos e em Taiwan, além de diversas províncias da China - com relatos de infecção em 15 profissionais da saúde, seis dos quais infelizmente faleceram (Dong, Du, & Gardner, 2020).

Em 22 de janeiro de 2020, foi discutido pelo comitê de emergência da OMS se a doença seria determinada como Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), mas pela falta de informações existentes no período, decidiu-se pela negativa. Em 23 de janeiro, iniciou-se a quarentena em Wuhan, sendo seguido, no dia seguinte, pela quarentena em outras cidades chinesas. Globalmente, iniciaram-se tentativas de controle dos casos por meio de testagem em viajantes, e observamos então o aumento progressivo do número de casos, com tentativas de quarentena, instituição do uso de máscaras e outros muitos métodos. Observamos, porém, a ampliação do

número de casos. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada pela OMS como uma pandemia (Dong, Du, & Gardner, 2020).

O desenrolar da pandemia de COVID-19 no Brasil esteve entremeadada com um momento histórico e político nacional de muito debate e muitas controvérsias. Como consequência, as abordagens tomadas no combate à pandemia foram marcadas por medidas desconexas entre os diferentes níveis de autoridade governamental, somando-se a um contexto de vulnerabilidade e desigualdades sociais em segmentos da população e pelo déficit de dados para avaliação da evolução da pandemia e de sua mortalidade ao longo dos meses (Werneck & Carvalho, 2020).

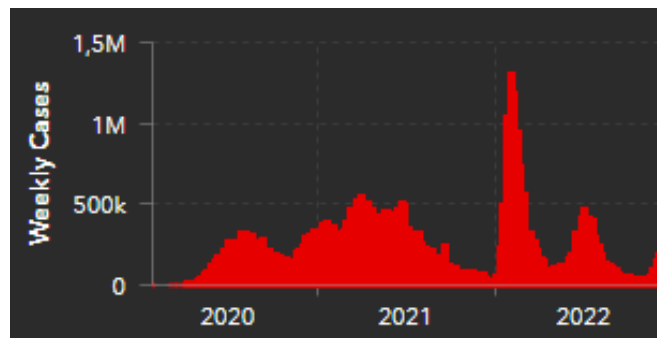


Figura 1 - Casos semanais de COVID-19 de 2020 a 2022 no Brasil (Dong, Du, & Gardner, 2020)

O primeiro óbito pela COVID-19 ocorrido no Brasil, de acordo com os registros oficiais, foi de 25 de fevereiro de 2020. O segundo, em 12 de março de 2020. Desde então, o número de óbitos aumentou consideravelmente, passando por picos de ocorrência. Considera-se, porém, que esses números seriam ainda subestimados, pela dificuldade de testagem e uma possível subnotificação. Acredita-se ainda que antes das duas primeiras mortes oficialmente relatadas, poderiam ter ainda ocorrido outras, as quais não foram associadas ao vírus (Orellana, et al., 2021).

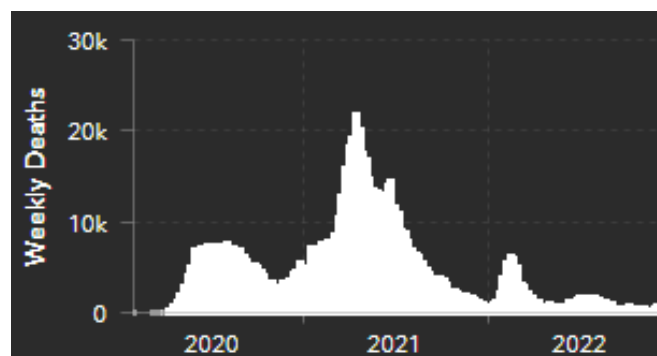


Figura 2 - Mortes semanais por COVID-19 de 2020 a 2022 no Brasil (Dong, Du, & Gardner, 2020)

A diminuição do número de casos e a proteção dos indivíduos passou então a exigir da comunidade científica um esforço conjunto para o desenvolvimento das vacinas contra o Sars-CoV-2 e suas variantes conhecidas. Tornou-se fundamental a autonomia tecnológica brasileira na área de saúde e de biotecnologia, com o desenvolvimento de uma vacina de autonomia nacional para o combate ao novo coronavírus (Neto J. , 2021).

A partir do desenvolvimento das vacinas contra o COVID-19, observamos então uma redução das taxas de mortalidade, assim como do número de casos diários. Porém, ainda há o diagnóstico de casos novos diariamente, com ocasionais aumentos do número de diagnósticos.

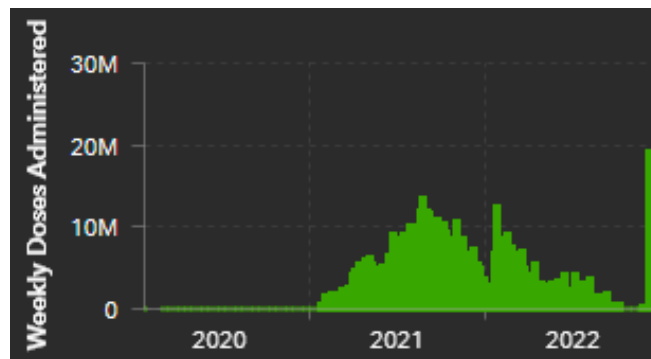


Figura 3- Doses de vacinação contra COVID-19 administradas semanalmente de 2020 a 2022 no Brasil (Dong, Du, & Gardner, 2020)

Avaliando-se os dados do dia 14/12/2022, contabilizaram-se no Brasil 35.696.918 casos de COVID-19. O número total de mortes foi de 691.178. Por fim, o total de doses administradas de vacinas contra COVID-19 foi de 493.700.899 (Dong, Du, & Gardner, 2020).

Além do grande número de mortes e de sequelas físicas geradas por essa patologia, devem também ser levadas em consideração as sequelas psíquicas e o adoecimento mental gerado por tal fenômeno mundial.

4. A pandemia de COVID-19 e o adoecimento psíquico

O corpo, quando confrontado por doença clínica ou algum estressor psicológico que ocorra de maneira crônica, pode desenvolver a “síndrome da doença”, ou “comportamento da doença”. Esse quadro é ocasionado por mudanças comportamentais e imunoinduzidas que geram complexas interações entre os sistemas imunológico e nervoso, tendo como consequências mudanças comportamentais como disforia, anedonia, afastamento social, fadiga, anorexia, hiperalgesia, padrão sono-vigília com alterações e disfunções na cognição (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

O COVID-19, embora não tenha principalmente um adoecimento psíquico, veio acompanhado de uma crise na saúde mental, caso não tomadas ações para a sua prevenção. O acometimento da saúde mental na população ocorreu de maneira disseminada, como resultado de impactos da infecção pelo vírus, assim como consequência do isolamento social, da perda de entes amados e do afastamento de amigos e parentes, das consequências econômicas da pandemia (com muitos impossibilitados de trabalhar pelo risco de contraírem o vírus ou pela necessidade de fechamento de determinados tipos de comércio) e da disseminação de dados e notícias equivocados sobre a pandemia e sobre o vírus (United Nations, 2020).

Alguns grupos em específico apresentaram e ainda apresentam graus mais elevados de estresse, entre eles profissionais da saúde, especialmente aqueles que trabalharam diretamente com pacientes COVID-19 ou que seguiram suas rotinas na pandemia, com risco de contaminação, e que muitas vezes tiveram que se isolar de seus familiares de maneira a protegê-los. Houve maior nível de estresse e ansiedade em adolescentes e crianças, como consequência de seu isolamento de seus grupos sociais, e que muitas vezes sofreram com exacerbação de situações de abuso, interrupção do processo educacional e insegurança sobre seu futuro. Aqueles com fragilidades sociais, como mulheres, ou aqueles com doenças psíquicas prévias, tiveram impactos importantes em sua saúde mental. O impacto da imagem de caixões, falecidos e do caos em serviços de saúde gerou grande impressão na sociedade, com a criação de uma atmosfera de medo e paralisação. Como resposta, houve a exacerbação do uso de álcool, tabaco e outras atividades potencialmente viciantes, como o uso de jogos eletrônicos, assim como o aumento dos índices de suicídio (United Nations, 2020).

O ESTADO DE S. PAULO

FUNDADO EM 1889 JERÔNIMO MENQUITA (1884 - 1947)

Domingo 20 DE JUNHO DE 2021 R\$ 7,00 ANO 142 Nº 4652 estadão.com.br

500 MIL MORTES. E SEM FIM AINDA À VISTA

Além da vacinação, recomendações incluem isolamento social, **testagem massiva** e campanhas de conscientização **para frear o vírus**, mas País falhou na adoção de medidas

● Mapa mostra o total de mortes por covid-19 em municípios brasileiros desde o início da pandemia

13.197 mortes O Amazonas teve de lidar com uma onda de abastecimento de oxigênio na capital Manaus no início de 2021

11.584 mortes Em total de mortes por covid-19, Mato Grosso figura em 3º lugar. No entanto, é o segundo Estado com mais óbitos por 100 mil habitantes

8.849 mortes O Maranhão ocupa o 10º lugar em números absolutos, mas é o Estado que registra a menor proporção de óbitos por covid em relação à sua população

8.803 FORTALEZA

4.880 BELEM

2.274 SÃO LUÍS

1.961 MACHA

1.901 SÃO BRANCO

2.418 PORTO VELHO

1.811 SÃO PAULO

3.189 TABAÍ

3.153 CAMPO GRANDE

11.580 SÃO PAULO

120.524 mortes São Paulo é o Estado mais populoso do Brasil, concentra o maior número absoluto de mortes por covid-19

30.183 mortes O Rio Grande do Sul conseguiu controlar o coronavírus em 2020, mas as mortes por covid-19 dispararam no início deste ano

8.811 PORTO ALEGRE

O Brasil chegou ontem a 500.000 mortes por covid-19. Com vacinação lenta, baixa adesão ao isolamento social e sem política nacional de testagem em massa, também o país com o maior número de óbitos pela doença em 2021. Fica primeira vez desde o início da pandemia, a maioria dos novos óbitos registrados em território brasileiro em junho foi de idosos. Apesar de alguns governadores projetarem vacinar toda a população de seus Estados com pelo menos uma dose até o fim de agosto, a incerteza na entrega de vacinas e o surgimento de novas variantes tornam o futuro da epidemia incerto no País. O distanciamento social é um dos pilares do controle do coronavírus, mas o Brasil nunca conseguiu de fato, implementar essa medida. Especialistas ressaltam que o País também deveria ter apostado em uma política de testagem em massa, o que não ocorreu. Falharam também campanhas de conscientização sobre a doença. Resta, portanto, esperar que as promessas de vacinação se cumpram. Ontem, o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, lamentou nas redes sociais as "500 mil vidas perdidas pela pandemia que afeta o Brasil e o mundo". **METROPOLITANAS A12 A13**

MAIORIA DE ÓBITOS JÁ É NO GRUPO COM MENOS DE 60 ANOS

Dados tabulados pelo **Estadão** no sistema do Ministério da Saúde que registra internações e óbitos por covid-19 mostram que 54,4% dos mortos em junho tinham menos de 60 anos. Em maio, eram 44,6%; nos meses de 2020, abaixo dos 30%. A estratégia de imunização explícita parte do fundamento, mas o desconhecimento e medidas de proteção por parte dos jovens e a disseminação de novas cepas também têm peso. **P46 A13**

● **A pandemia no Brasil***

TOTAL DE MORTES	500.868
MORTES REGISTRADAS EM JUNHO, ATÉ AS 23H DE ONTEM	2.247
MÉDIA MÓVEL DE MORTES (7 DIAS)	2.073
TOTAL DE TESTES POSITIVOS	17.868.045
MORTES CUMULADAS REGISTRADAS EM JUNHO, ATÉ AS 23H DE ONTEM	78.889
MORTES CUMULADAS REGISTRADAS EM 2021, ATÉ AS 23H DE ONTEM	62.785.063
TOTAL DE RECUPERAÇÕES (1)	16.183.849

*Fonte: Ministério da Saúde. Última atualização: 20/06/2021, 23h.

Mortes por período

— QUANTIDADE DE MORTES — INTERVALOS EM DIAS

Figura 4- Exemplo de manchete de jornal publicada ao longo da pandemia de COVID-19 (Jornal "O Estado de S.Paulo" - 20 de junho de 2021) (O Estado de S.Paulo, 2021)

Medidas recomendadas para a melhora desses indicadores passaram a ser: a inclusão dos cuidados com a saúde mental como parte das ações contra a COVID-19; a comunicação e fornecimento de informações por meio de órgãos governamentais e outros agentes sobre a doença e sobre maneiras de promoção do cuidado à saúde mental e bem estar social; garantia de atendimento e suporte em cuidados psíquicos a

todos aqueles que precisarem (com medidas como acesso remoto); apoio psicológico aos pacientes que passaram pela infecção por COVID-19, protegendo-os e promovendo seu bem estar (United Nations, 2020).

METODOLOGIA

O presente trabalho construiu-se como uma reflexão final acerca das experiências obtidas ao longo do curso de medicina na Universidade Federal de São Carlos. O objetivo desse trabalho conforme orientado pelo Projeto Pedagógico do curso, propõe-se a uma reflexão sobre a trajetória na graduação e desenvolvimento da prática profissional ao longo de sua formação (Curso de Medicina - CCBS, 2007).

Em um contexto de formação em que um dos principais marcos temporais que se desenrolaram foi o da pandemia de COVID-19, desenvolvi a proposta de realizar uma revisão bibliográfica breve sobre os temas de saúde mental, pandemia e sua cronologia, assim como o impacto de um sobre o outro, para posteriormente desenvolver uma reflexão pessoal sobre o ocorrido, em uma análise micro, no contexto da Medicina UFSCar – mais especificamente na turma XII, em uma visão reflexiva e auto avaliativa.

DISCUSSÃO

1. O COVID-19 e seu impacto direto na saúde mental

Observa-se que a saúde mental é um equilíbrio delicado a ser mantido, de difícil obtenção em sua totalidade de acordo com diferentes conceitos que carrega. A pandemia de COVID-19 gerou uma quebra nesses conceitos e nas medidas classicamente conhecidas como mantenedoras de uma psique saudável, tanto pelas limitações físicas geradas (como pela quarentena, uso de máscaras) como pelas limitações sociais (necessidade de isolamento), mentais (pelo grande volume de preocupações geradas), temporais (por exemplo, no caso de trabalhadores das linhas de frente na pandemia), econômicas (pela perda de empregos, fechamento de comércios), educacionais (fechamento de escolas e ensinos superiores, dificuldade de acesso às aulas pelos meios remotos, dificuldades de aprendizado à distância, insegurança sobre o futuro educacional e profissional), entre outros.

A pandemia foi um processo de adoecimento mundial progressivo, longo, com grandes consequências psíquicas e físicas e criadora de diferentes tipos de luto: pelo corpo antes da infecção; pelo mundo anterior ao quadro pandêmico, com suas menores limitações sociais, físicas; pela atmosfera menos carregada pelo medo em todos os aspectos de sua vida; pela educação e pelos empregos, assim como pela perspectiva de futuro gerada por essas; pela rotina pré-pandêmica, menos exigente em relação a cuidados com higiene e saúde; por amigos, familiares, conhecidos e todas as outras vidas que foram perdidas nesse momento tão doloroso para todos.

No Brasil, em especial, esse processo marcou-se como mais doloroso ainda, pela atmosfera de cisão e desunião, pela falta de coleguismo e pelas intensas brigas políticas e negacionismos em relação à evolução fatal da pandemia e às medidas que deveriam ser tomadas para a prevenção do adoecimento. Houve a politização do cuidado, com a separação das medidas recomendadas de acordo com o grupo político, a politização da vacina (que passou a representar grupos sociais específicos) com a resistência à sua adesão em muitos grupos. Além disso, marcaram-se diferentes discursos entre as escalas governamentais (sem informações claras e únicas sobre a doença), trocas sucessivas de Ministros da Saúde e a disseminação de desinformações, “tratamentos” sem embasamento científico e “fake news” – exigindo a formação de uma CPI para avaliação das medidas tomadas ao longo de todo esse processo.

As diferenças econômica e de acesso a recursos e à informação foram escancaradas. Profissionais perderam seus empregos, famílias passaram por situações de fome e desespero, muitos sem ao menos acesso a recursos básicos como a água para poder realizar sua higienização (a lavagem de mãos tão recomendada como método de prevenção contra a infecção pelo Sars-Cov-2). Ocorreu um maciço abandono das escolas e universidades, por muitos se verem obrigados a procurar empregos para garantir seu sustento, ou por deterioração muito grande da saúde mental que os impediu de continuar.

Escancararam-se ainda situações sociais complexas ao se solicitar o isolamento e a quarentena dos indivíduos em seus domicílios. Aumentaram os abusos a grupos sociais vulneráveis, como crianças, idosos ou vítimas de violência doméstica, principalmente mulheres, com aumento das suas taxas de mortalidade.

Em nosso país gerou-se, portanto, uma atmosfera de individualização e cansaço, que tornou esse fenômeno desesperador ainda mais doloroso e traumático à população.

Para profissionais da saúde, assim como estudantes em situação de prática clínica durante esse momento, o caos que se tornou o sistema de saúde público ampliou ainda mais os fatores estressores.

2. Um pouco sobre o curso de medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

O curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), aprovado pelo Conselho Universitário da UFSCar, por Resolução ConsUni nº500 de 29 de abril de 2005, teve desde a sua origem uma proposta de grande interação entre os estudantes e a população geral, assim como de formação por métodos ativos de conhecimento, além de contatos com a prática clínica desde os primeiros anos de curso. Pretende desde então, o desenvolvimento de competências da área médica além da obtenção de conhecimentos teóricos: identificar adequadamente as necessidades de saúde por meio de história clínica, exame físico, formulação de problemas e investigação diagnóstica complementar; elaboração de planos terapêuticos; gerência dos cuidados à saúde; construção e socialização do conhecimento; integração entre teoria e prática (Curso de Medicina - CCBS, 2007) (Departamento de Medicina da UFSCar (DMed), 2018).

3. A trajetória na Medicina UFSCar pré-pandemia

3.1. Primeiro ciclo

A minha aprovação no curso de Medicina da UFSCar ocorreu em 2017, após a realização de um ano de cursinho de preparação pré-vestibular. O cursinho foi, talvez, um dos momentos mais estressantes da minha vida, de modo que a entrada no tão desejado curso foi um dos momentos de maior satisfação pessoal e de minha família.

O curso, desde seu início, foi carregado por quebras de expectativa, em todos os seus aspectos. Ao contrário de faculdades mais tradicionais, há a entrada de uma média de 40 alunos por turma, não dos esperados mais de 100 alunos. Assim, conhecer o colega torna-se fácil, comum, tanto pelos outros alunos quanto pelos docentes. Completamente diferente de um cursinho pré-vestibular, em que a perda de identidade é comum, onde se torna um anônimo, um dos muitos alunos em uma grande classe de concorrentes. Passamos a ser apenas colegas, unidos por um curso em comum e em um momento novo, a realização de um sonho.

As aulas por meio de métodos passivos de conhecimento, com as quais estamos todos acostumados desde os primeiros momentos na escola, foram também abolidos. Essa nunca foi a proposta de nosso curso, que pensou desde o início na construção de ideias por meio de métodos ativos: discussões em grupo, brain storms, construção coletiva de hipóteses sobre os temas discutidos e questões a serem levadas para estudo, busca ativa do conhecimento (individualmente ou em grupo) e, por fim, a discussão sobre os temas, com contribuição do grupo sobre os conhecimentos individuais. Tudo isso nos chamados pequenos grupos, em que uma turma já diminuta é separada em grupos de 6 a 8 alunos, supervisionados por um docente em papel de preceptor (que nos conhece pelo nome, e torna-se completamente acessível ao

aluno). Essa foi outra grande diferença: a horizontalização do papel aluno-docente, além da importância dada ao trabalho em equipe.

Ao mesmo tempo que repleto de vantagens e belo em sua teoria, o método é dolorido. É difícil acostumar-se a buscar o conhecimento por si próprio, assim como com a sensação de estar sendo observado por uma lupa: o grupo é muito pequeno, e suas dificuldades de aprendizado são amplificadas. Deve-se superar a timidez, aprender a posicionar-se perante ao grupo. Deve-se aprender a trabalhar em grupo, a encontrar o melhor momento de falar, a respeitar a fala do próximo.

Em todo esse processo, o grupo foi fundamental. O grupo torna-se apoio psíquico, ajuda a estudar, ajuda a não desistir.

Desde os primeiros anos, inicia-se um contato próximo com o paciente, com a proposta de realização de anamnese e exames físicos cada vez mais completos, havendo o cuidado de somar às atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) a realização de atividades simuladas, com todos os seus recursos teóricos e práticos: além de discussões temáticas, o uso de peças anatômicas, o uso de bonecos para a simulação, assim como de atores interpretando o papel de pacientes.

3.2. O segundo ciclo

Com o passar dos anos, foi ocorrendo ainda mais aprofundamento na carga teórica do curso, baseando-se sempre no princípio da espiral do conhecimento, em que diferentes temas são revistos durante diversos momentos do curso. O princípio é o de que, ao rever os assuntos, é possível, então, aprofundá-los, além de aumentar sua fixação.



Figura 5- Símbolo da Medicina UFSCar, a nossa espiral (Medicina UFSCar, 2020)

Esse corresponde ao período pré internato, e posso dizer que, pessoalmente, foi o momento em que mais aprendi a estudar. Aprendi a desenvolver melhor minha fala e meu posicionamento no grupo, perder inibições.

Foi também um momento de escolha de nosso grupo de internato, e de muitas expectativas quanto a aproximação dessa nova fase do curso. Apesar de muito contato com as práticas clínicas, tínhamos então maiores responsabilidades, próximas à de “médicos de verdade”.

Esse momento corresponderia então aos anos de 2019 e 2020, evoluindo para o período de internato (3º ciclo) em 2021 e 2022, com nossa previsão de formação em outubro de 2022. Esse plano não se concretizou, pois, a partir do final de 2019, observamos o desenrolar do terrível fenômeno que foi a pandemia de COVID-19.

4. A (sobre)vivência fora do curso: aprendendo a existir durante a pandemia de COVID-19

Iniciou-se então um clima de medo generalizado, como se todo o Brasil segurasse a respiração, temendo o aparecimento do vírus em nosso país. Até então, víamos o caos que haviam se tornado os países europeus, o número de mortes em ascensão radical, e temíamos que, em um país menos desenvolvido economicamente e politicamente mais fragilizado como o nosso, teríamos muita dificuldade em controlar a doença, e sofreríamos muito. No fim, tínhamos razão.

A sensação, em março de 2020, quando foi decretada a paralisação da Universidade, foi a de que o tempo parou por um momento. Antes de decretada a quarentena, a cidade já passou a ser deserta: o grande volume populacional de estudantes já havia se retirado para as suas cidades de origem, para ver seus familiares, com medo pela sua saúde e pela daqueles que amavam.

Lembro-me vividamente de um dos meus últimos momentos na faculdade antes da paralisação. Encontrava-me caminhando com dois de meus colegas de curso, dois de meus colegas mais próximos de graduação, praticando exercícios na pista próxima ao Departamento de Medicina. Debatíamos se ficaríamos muito tempo afastados, e quanto tempo demoraria para o retorno à normalidade. Até então, a previsão seria de durar aproximadamente duas semanas a um mês, e mal sabíamos nós que ficaríamos parados até o desenvolvimento das vacinas, muitos e muitos meses depois.

Algum tempo depois, ao percebermos que demoraria muito para que o curso e nossa vida retornasse, de modo que acabamos todos retornando às nossas casas, em nossas cidades de origem. Iniciou-se um momento de maior importância dos meios virtuais para nos comunicarmos, sendo um dos poucos meios de contato social fora de nosso círculo familiar de moradores da casa.

Ao início, manteve-se uma sensação constante de expectativa pelo retorno à “vida normal”. Depois, iniciou-se um processo de nova adaptação, com uso de máscaras e álcool em gel. Pelas mídias sociais, vimos os casos piorarem cada vez mais, e uma sensação de dor e desesperança começou a aflorar, além da névoa de medo já circundando a tudo e a todos. Passamos a tentar reorganizar as nossas rotinas, e passei a montar cronogramas de estudo e de exercícios físicos para o domicílio. A tentativa era de aproveitar ao máximo o tempo em casa, que dificilmente tínhamos antes desse momento de quarentena.

Com o passar dos dias, o tempo passou a ser cada vez mais excessivo, e passei a ter dificuldades cada vez maiores para preenche-lo. Os estudos passaram a ocupar planos cada vez mais distantes, os exercícios físicos passaram a perder a importância e a degradação da saúde mental passou a criar tentativas de me ocupar com atividades de lazer. Li muitos livros na pandemia, muitos dos quais estavam esperando para receberem atenção durante muito tempo. Esses foram, também, bons amigos, uma distração feliz, e um momento de desconexão com a dura realidade do momento.

Em algum momento ao longo desses meses, a graduação tornou-se um sonho distante. Após a fase de estagnação, iniciou-se o desejo de agir, e de ajudar os profissionais de saúde já exauridos. Observamos enquanto as turmas anteriores retornaram ao contato com a clínica, assumindo seus postos nas práticas do internato e ajudando nos atendimentos. Aguardamos o que seria nosso momento para ajudar, e após muito esperar voltamos a ter atividades apenas de maneira teórica, deixando de lado momentaneamente o nosso princípio de integração

teoria-prática. A complementação desse conteúdo foi feita muito posteriormente, após muitas lutas pelo retorno de nossas atividades presenciais.

Mentalmente, estávamos todos completamente exaustos, divididos entre o medo por nossas famílias, amigos e colegas, longe de todos os nossos círculos sociais há muitos meses, com desejo de retorno à prática clínica, ao nosso sonho de fazer medicina, de ajudar em um momento que, apesar de tão difícil, nos dava a sensação de querer agir.

Os nossos veteranos se formaram, e nós ficamos para trás. Completado o quarto ano, o início do internato foi atrasado e, assim, cada vez mais a data da tão esperada formatura foi adiada. De outubro de 2022 a previsão passou a ser cada vez mais longínqua em 2023. Houveram diversos debates sobre calendários, sobre aguardar a conclusão do desenvolvimento das vacinas para que voltássemos, e os debates deram a sensação de se tornar cada vez mais confusos, mais sem objetivo e com a geração de mais e mais empecilhos a algo que nos parecia uma decisão objetiva.

O momento dos entraves para o retorno foi talvez um dos mais difíceis. A sensação era de desamparo, e de vontade de desistir. Principalmente observando outras faculdades de medicina que, nesse mesmo período, retornaram às suas atividades.

Completo o desenvolvimento das vacinas, recebemos a notícia de nossa vacinação, e de que deveríamos retornar para São Carlos para que fosse aplicada a primeira dose. Arrumamos as malas e viemos para a cidade que não víamos havia muitos meses, encontrando nossos colegas após todo o caos que havíamos passados. Percebi pessoas completamente diferentes, que haviam passado por situações individuais, que mudaram seus corpos, cabelos e psicológico. Estávamos mais maduros, e prontos para reiniciar a prática médica.

O retorno foi difícil. Estávamos “enferrujados” em relação aos atendimentos, desatualizados em relação a determinados conteúdos, e precisamos retomar a espiral muito mais abaixo do que imaginávamos. Porém, em uma prova de resiliência, todos nos ajudamos e, por fim, conseguimos. Repusemos a carga prática faltante nos anos anteriores.

A melhor parte foi poder conversar com os amigos novamente. Com máscaras, com distanciamento, mas com muita felicidade e sorrisos escondidos pelo nosso novo EPI de uso diário.

5. Terceiro ciclo: por fim, o internato

Após novas discussões sobre o calendário, com encurtamento das férias e redução de determinados estágios, retirada do estágio de Saúde de Família do quinto ano e redução dos tempos para estágios extracurriculares, conseguimos nos organizar para que a finalização do curso ocorresse em uma data aceitável para que prestássemos as tão temidas provas de residência médica.

Outro momento chave para a continuidade da nossa jornada foi a escolha de nosso grupo de internato. Escolhemos aqueles que achávamos que teriam boa interação e, principalmente, grande comprometimento. Ansiávamos por essa nova fase da graduação e, portanto, queríamos aqueles que ansiariam conosco, e que estivessem ao nosso lado em dificuldades e possíveis situações desesperadoras. Portanto, escolhemos com nossas mentes, mas mais ainda, com nossos corações, e acredito termos feito boas escolhas.

Iniciamos então o internato, com a rotação em diferentes estágios, cada qual com sua proposta. No quinto ano, passamos por: cirurgia, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Foi um momento de aprendizados que levarei por toda a vida. Aprendemos sobre trabalho em grupo como nunca, assim como sobre as responsabilidades de ser um médico e de ter um paciente inteiramente aos seus cuidados, algo que se tornou muito mais evidente ainda no estágio de clínica médica.

Com apenas algumas semanas de férias divididas com momentos de estágios eletivos, iniciamos o sexto e último ano da graduação. Acredito que este tenha sido um momento de maior paz, maior perspectiva pelo fim, e sensação de despedidas constantes. Encontramos docentes maravilhosos, que nos ensinaram muito, e nos trataram como colegas de profissão. Apesar de pequenas dificuldades, que sempre enfrentamos (em especial nossa turma), como a dificuldade do início dos estágios práticos em Saúde da Família, acredito que tenha sido um bom fechamento para uma tão longa jornada, mas extremamente gratificante em sua conclusão.

CONCLUSÃO

A organização de um TCC reflexivo parece um fechamento adequado a um curso que se mostrou como auto avaliativo em toda a sua trajetória. Foi uma estrada longa, tortuosa, repleta de curvas e de buracos, cheia de pedágios e de paradas longas. Porém, foi um trajeto percorrido também com muito amor e com muita solidariedade, em que as dificuldades nunca foram superadas sozinhas.

O enfrentamento de uma pandemia foi uma situação única. Uma ferida dolorida e ainda em cicatrização, com constantes reaberturas, e que tentamos a todo custo cicatrizar. Desse momento, saímos todos com sequelas, que nos marcaram, mas que, ao mesmo tempo, nos tornaram mais fortes. Nesse caminho, porém, perdemos muitos entes queridos, que sempre continuarão conosco em nossas memórias. A eles, devemos todo o nosso respeito, amor, agradecimentos e saudades.

A medicina UFSCar deixará muitas saudades. Porém, essas saudades são também repletas de ansiedade pelo futuro, de desejo por honrar as conquistas realizadas e de vontade de orgulhar todos aqueles que aqui ficam, sejam colegas de outras turmas, sejam funcionários do hospital, sejam docentes e preceptores que nos acolheram quando mais precisávamos, e que viram em nós potenciais médicos e colegas de profissão.

Agradeço pela oportunidade de futuro que me foi dada, e espero poder honrar todos aqueles que fizeram parte do meu processo de formação. Espero poder orgulhá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. (WHO), W. H. (26 de march de 2020). Origins of SARS-CoV-2.
7. Cardoso, F. H. (06 de abril de 2001). Lei Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.
8. Curso de Medicina - CCBS. (agosto de 2007). Projeto Político Pedagógico.
9. Departamento de Medicina da UFSCar (DMed). (29 de junho de 2018). Regimento Interno do Departamento de Medicina - Resolução ConsUni nº900 de 29/06/2018.
10. Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (23 de january de 2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Johns Hopkins Whiting School of Engineering*.
11. Junior, J. (2021). *Boas Práticas em Saúde Mental - Universidade Federal de Lavras (UFLA)*. Lavras, MG: UFLA.
12. Medicina UFSCar. (07 de setembro de 2020). Conheça um pouco do curso de medicina da UFSCar - Campus São Carlos!
13. Neto, A., Feldman, R., Noguchi, D., Cruz, S., & Gonçalves, B. (s.d.). *Saúde Mental*. Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein: <https://www.einstein.br/saudemental>
14. Neto, J. (22 de janeiro de 2021). O desenvolvimento de vacinas nacionais no combate ao COVID-19. *Sociedade Brasileira de Virologia (SBV)*.
15. O Estado de S.Paulo. (20 de junho de 2021). 500 mil mortes. E sem fim ainda à vista.
16. Orellana, J., Cunha, G., Marrero, L., Moreira, R., Leite, I., & Horta, L. (janeiro de 2021). Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz)*.
17. Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
18. United Nations. (13 de may de 2020). COVID-19 and the need for action on Mental Health. *Recommended actions - United Nations Policy Brief*.
19. Werneck, G., & Carvalho, M. (maio de 2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz)*.