Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Vanessa Rigonatti

O luto pela covid-19: repercussões nos profissionais de saúde e usuários da Atenção Básica

Doutorado em Psicologia Clínica

São Paulo
2025

Vanessa Rigonatti

O luto pela covid-19: repercussões nos profissionais de saúde e usuários da Atenção Básica

Doutorado em Psicologia Clínica

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof.ª Dra. Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo

2025

Banca Examinadora

_____

_____

_____

_____

_____

À minha família, em especial, aos meus pais, que estiveram ao meu lado ao longo das angústias e alegrias produzidas por este trabalho.

À minha querida amiga e orientadora, que eu chamo carinhosamente de Lelezita, por acreditar no meu potencial quando eu menos acredito. Com você, o caminho desta Tese ficou mais leve.

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Número do processo: 141225/2021-1.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, 56 páginas de agradecimento! E infinitos motivos para amar. Por ser meu colo nos momentos de choro e motivação para seguir caminhando em meio a inúmeros desafios ao longo da minha vida pessoal, familiar e profissional.

Ao meu pai (herói), outras 56 páginas... Agradecer é pouco! Fonte de inspiração e meu debatedor oficial durante a escrita deste trabalho. Por todo o seu apoio e compreensão ao longo dessa jornada.

À minha irmã, Paula, pelo companheirismo e pela parceria em todas as jornadas, sem medir esforços para estar ao meu lado, em meio à ausência e às muitas viagens nas quais não pude estar com você. Por todo o incentivo, apoio e compreensão possíveis.

Ao meu irmão Antônio (que a vida me deu de presente), mesmo sem ter muita paciência para o término desta Tese (risos), esteve sempre comigo. Olhou-me de longe, muitas vezes, mas nunca faltou com seu amor gigante!

Ao meu irmão, Duda, e meu sobrinho Henrique (Dedê).

Aos meus afilhados, Zuzu e Fê (Pão). Nossa, sem palavras pelos abraços, beijos e torcida de vocês por este trabalho. Sem o carinho de vocês, tudo isso seria um pouco mais árduo.

Amo vocês!!!!

À Antônia (Toinha), por cuidar de mim com tanto carinho e organizar a minha vida!

À Prof.ª Dra. Maria Helena Pereira Franco, minha querida orientadora, com quem dei os meus primeiros passos nessa longa jornada de assistência aos enlutados, e que compartilha comigo sua imensa sabedoria. Minha base segura, que me ajudou a conduzir, com muito zelo, esta pesquisa.

À Prof.ª Dra. Ida Kublikowski, professora querida, por seus ensinamentos, apoio e incentivo, bem como pelas preciosas colaborações no Exame de Qualificação que impulsionaram este estudo.

À Prof.ª Dra. Ida Elizabeth Cardinalli, professora e parceira, pela compreensão, apoio e incentivos constantes. Por me aceitar como “estagiária” na Graduação e pelas nossas conversas enriquecedoras.

Aos professores doutores que aceitaram fazer parte da Banca Examinadora desta pesquisa. Muito honrada de ter os senhores ao meu lado neste momento importante.

A TODOS os meus amigos, SEM EXCEÇÃO. Não vou citar nomes porque seria injusta, pois todos vocês me deram apoio incondicional nos momentos de angústia e choro e, também, me fizeram rir muito, no decorrer desta Tese. TODOS VOCÊS são de extrema importância na minha vida, foram a razão de eu não desistir no meio do caminho. Eu AMO cada um do seu jeito especial de ser; completam a minha vida.

Aos meus pacientes, pela paciência. Além disso, pela confiança e parceria, por serem meu combustível para a constante busca de mais conhecimentos e, mais ainda, por me proporcionarem ser uma eterna aprendiz.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS – SP), em especial, à coordenadora regional de Saúde Centro (CRS CENTRO), Paulete Secco Zular, pelo aceite (fundamental) em ser a instituição coparticipante desta pesquisa.

À equipe gestora e à equipe de profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro. Por abrirem as portas da unidade com tanto carinho e respeito.

Aos participantes desta pesquisa, pela confiança; por compartilharem suas histórias, medos e angústias com solidariedade. Sem vocês, esta pesquisa não ficaria completa.

RESUMO

A pandemia de covid-19 reforçou quão relevante é que a formação dos profissionais da área da saúde passe a contemplar conteúdos sobre o luto, a morte e o morrer. A principal característica da covid-19 foi o alto grau de contágio, que demandou o isolamento, afetando os cuidados de saúde e os rituais de luto. As incertezas e o medo do contágio limitaram ações importantes para a manutenção da vida e colocaram a população em risco, principalmente a mais vulnerável; portanto, as desigualdades ficaram mais evidentes. Esta pesquisa, de natureza qualitativa, teve como objetivo geral: compreender o processo de luto dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, e pacientes enlutados pela covid-19, no contexto de uma Unidade Básica de Saúde; e, como objetivos específicos: a) identificar os fatores de risco e proteção para a prevenção da saúde mental dos profissionais de saúde e pessoas em situação de luto usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS); b) contribuir para a implementação de ações de políticas públicas no cenário brasileiro com foco na saúde, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde da UBS; e c) elaborar um protocolo de atendimento psicológico orientado para a intervenção do luto complicado, tanto no nível secundário quanto no terciário. Buscando compreender o fenômeno e seu contexto, foi utilizado como método: estudo de casos múltiplos, com os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, e com as pessoas em situação de luto pela covid-19 usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro (São Paulo – SP). Teve como instrumentos de coleta de dados a entrevista reflexiva. Após as transcrições das entrevistas, os dados foram analisados conforme o método de análise temática. Os resultados apresentados foram: a necessidade de um sistema de saúde público mais resiliente, equitativo e humanizado; bem como a falta do cuidado ao luto, tanto do profissional de saúde quanto dos usuários enlutados da unidade básica, comprometendo de forma negativa a saúde mental de ambos os grupos; e a criação de um protocolo de atendimento psicológico para a intervenção do luto complicado pela covid-19 voltado aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Palavras-chaves: covid-19; luto complicado; Unidade Básica de Saúde (UBS); psicologia da saúde; vulnerabilidade social.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic under scored the importance of integrating content related to grief, death, and dyingin to the training of healthcare professionals. The primary characteristic of covid-19 was its high transmissibility, which necessitated isolation measures that disrupted healthcare delivery and mourning rituals. Uncertainty and fear of contagion hindered critical actions for preserving life and placed vulnerable populations at greater risk, amplifying social inequalities. This qualitative research a imedto: understand the grieving process experienced by healthcare professionals (doctorsand nurses) and patients mourning dueto covid-19 in the context of a Primary Health Unit (PHU). Its specific objectives were to: (a) identify risk and protective factors for mental health preservation among healthcare professionals and individuals grieving with in the PHU context; (b) contribute to the implementation of public policy actions in Brazil focused on the health of PHU users and professionals; and (c) develop a psychological care protocol for interventions targeting complicated grief at secondary and tertiary levels. To comprehend the phenomenon and its context, a multiple case study method was employed, focusing on healthcare professionals (doctorsand nurses) and individuals grieving dueto covid-19 who were users of the Bom Retiro PHU (São Paulo, SP). Data collection was conducted through reflective interviews. After transcription, the data were analyzed using the matic analysis. The findings revealed the need for a more resilient, equitable, and humanized public health system, as well as the lack of attention to grief a mong both healthcare Professional sand grieving users, which negatively impacted the mental health of both groups. A psychological care protocol was proposed for the intervention of complicated grief causedby covid-19, tailored to PHU users.

Keywords: covid-19; complicated grief; Primary Health Unit (PHU); health psychology; social vulnerability.

“Bem-aventurados os que choram, porque serão consolados!”
(Mateus, 5:4)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12
1 OS LUTOS COMPLICADOS DE UMA PANDEMIA 20
1.1 A construção de significado 22
1.2 Os modelos operativos internos e a construção de significados 24
1.3 Estilos de apego e confiança: apegos na vida adulta 29
1.4 O processo de luto 35
1.5 A importância de o luto ser considerado um processo vivido em fases 40
1.6 O luto complicado 47
1.7 As diversas formas de luto complicado 51
1.8 O luto e a covid-19 56
1.9 As perdas sofridas frente à pandemia 57
2 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE BRASILEIRA 63
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos conceituais 66
2.1.1 Universalidade 67
2.1.2 Igualdade 68
2.1.3 Equidade 69
2.1.4 Integralidade 70
2.2 Determinação social e conceito ampliado de saúde 73
2.3 Práticas de saúde pública 75
2.4 Público e privado no sistema de saúde 76
2.5 Proteção e promoção da saúde: agravos, riscos e prevenção de doenças no Sistema Único de Saúde (SUS) 81
2.6 A organização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) à covid-19 85
2.7 O papel da APS durante a pandemia da covid-19 86
2.8 Limites da atuação da APS diante das deficiências da rede de atenção à covid-19 89
2.9 Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento à pandemia 90
2.10 Fatores de vulnerabilidade e proteção da saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia: revisões relevantes da literatura 93
3 OBJETIVOS 97
3.1 Objetivo geral 97

3.2 Objetivos específicos 97
4 MÉTODO 98
4.1 Escolha do método 98
4.2 Papel do pesquisador 99
4.3 Procedimento para coleta de dados 100
4.3.1 Instrumento para coleta de dados 100
4.3.2 Participantes e procedimentos 101
4.3.3 Local 104
4.3.4 Procedimento para a análise dos dados 104
5 CUIDADOS ÉTICOS 109
6 APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA 110
6.1 A Unidade Básica de Saúde (UBS) 110
6.2 Análise do grupo de enfermeiros da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro 116
6.3 Análise do grupo de médicos da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro 160
6.4 Análise do grupo de enlutados pela covid-19 usuários/pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro 195
7 DISCUSSÃO ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ORIENTADO PARA INTERVENÇÃO, TANTO NO NÍVEL SECUNDÁRIO QUANTO NO TERCIÁRIO DO LUTO COMPLICADO PELA COVID-19 NA UNIDADE BÁSICA E SAÚDE (ANEXOS) 231
CONSIDERAÇÕES FINAIS 237
REFERÊNCIAS 241
ANEXOS 278

INTRODUÇÃO

O morrer é um processo adaptativo que integra o ciclo da vida. Embora seja um tema mais abordado na contemporaneidade, ainda é evitado; pois, por um lado, representa um tema doloroso de ser abordado pelas perdas que são acarretadas e, por outro, desnuda o sentido da finitude, o que provoca receios, medos e angústias nos indivíduos.

A perda de um ente querido é um acontecimento doloroso. Por essa razão, o luto é considerado uma das experiências de vida mais estressantes devido à sua intensidade e duração (Barbosa *et al.*, 2014; Bradley *et al.*, 2021). É um processo vivido individualmente, sendo influenciado pelas características do enlutado, pelas circunstâncias da morte, pela relação que mantinha com o falecido, pela cultura e regras sociais na qual está inserido (Ramos, 2016; Aksoz-Efe *et al.*, 2018). Tendencialmente, é percebido como um processo adaptativo, no qual se observam alterações cognitivas e comportamentais temporárias, que, na maioria das vezes, segue seu processo de elaboração sem complicações. O processo de luto abarca um conjunto de reações físicas, emocionais, comportamentais, espirituais e sociais, que surgem como resposta a uma perda, seja ela concreta ou simbólica, e não tem a sua definição restrita à perda de um ente querido (Parkes, 1993).

A doença covid-19 causou um elevado número de mortes, com consequente impacto tanto epidemiológico quanto psicológico (Crepaldi *et al.*, 2020; Rodríguez & Sánchez, 2020). Como forma de conter a elevada taxa de transmissibilidade e mortalidade do vírus, até então mortal, foram implementadas medidas administrativas e de emergência sanitária, tais como distanciamento social, restrições nas locomoções, confinamento obrigatório, proibição de visitas a familiares hospitalizados, bem como adoção de novos hábitos de higiene pessoal (Kentish *et al.*, 2021; Stevanim, 2020). Com relação às cerimônias fúnebres, houve a recomendação de redução do número de enlutados ou, até mesmo, a interdição da presença física, bem como a obrigação de manter o caixão fechado (Aguiar *et al.*, 2020; Neves, 2021).

Estava-se diante de uma crise sem precedentes e com a ideia de que um novo normal estava por vir. Qual seria esse novo normal? Será que existiria, também, um novo olhar para a morte, as perdas e o luto?

O que se queria saber não estava contido nas perguntas e, por isso, a resposta não era tão simples assim. O que se sabe é que o contexto pandêmico foi o mesmo para todos, mas as experiências vividas foram únicas, e incluíram várias dimensões, entre elas, as histórias de vida, as características pessoais, familiares e sociais. Assim como as vidas foram alteradas, as mortes também o foram.

Faz-se importante esclarecer que a pandemia se instaurou em um determinado panorama social, que apresentava anteriormente marcas de desigualdade social e, por essa razão, acarretou o agravamento das condições de existência. A sobrecarga do sistema de saúde público brasileiro e os baixos investimentos em estrutura favoreceram um serviço de saúde pública com pouca eficiência para a sua população, sobretudo para a mais vulnerável (Xavier *et al.*, 2024).

Em sua definição original, no século XII, a vulnerabilidade se refere ao potencial de ser ferido. Essa definição está no domínio da ontologia, campo em que a vulnerabilidade atinge a todos e reúne as limitações de nossa natureza corporal e mortal. Necessitando de alimento, água e moradia, os indivíduos estão fragilizados perante a violência, tornando-os impotentes diante de eventos que não são controlados diretamente, tais como: as mudanças climáticas, a seca e a escassez de alimentos, entre outras adversidades (Esteves *et al.*, 2019). Fragiliza a todos, embora de forma assimétrica, a depender das condições sociais de cada indivíduo e das condições institucionais de acesso a serviços de cuidados.

Segundo Fonseca e Sandim (2022), conceitos mais recentes conectados à origem do termo relacionam a sensibilidade física às enfermidades e à violência, ao reconhecimento de que a vulnerabilidade é relacional, definida a partir de um perigo ou de um conjunto de riscos localizados em determinado contexto social e local. Afinal, reitere-se que diferentes riscos não atingem da mesma forma todas as pessoas nem todas as localidades. Tampouco pessoas atingidas por um mesmo evento detêm os mesmos recursos materiais e simbólicos para reagir e reverter os potenciais efeitos negativos.

É essa capacidade de considerar o contexto e as diferenças entre indivíduos e grupos que torna a vulnerabilidade uma abordagem importante aos estudos e às intervenções sobre a pobreza. A vulnerabilidade se acentua entre pessoas pobres, pois os recursos de que dispõem para enfrentar os perigos são mais escassos. Desse modo, caso o risco que se torne realidade, no cotidiano das

pessoas pobres, os danos serão maiores, havendo dificuldades para retornar ao nível de vida em que estavam antes (Fonseca; Sandim, 2022). Dessa forma, um corpo e uma vida vulnerabilizados passaram a sofrer o exacerbamento das condições de vulnerabilidade a partir do advento da pandemia de covid-19 (Butler, 2017). Portanto, os mais afetados pela covid-19 foram os trabalhadores temporários e sub-remunerados, os que viviam de atividades informais e os desempregados e moradores de áreas mais precárias das grandes metrópoles brasileiras (Martins, 2020).

No contexto das práticas laborais dos profissionais de saúde, as questões relacionadas ao risco e à vulnerabilidade tornaram-se ainda mais evidentes, especialmente quanto à exposição constante da ameaça de contaminação e morte pelo novo coronavírus (Barbosa; Gomes; Souza; Gomes, 2022). Os riscos presentes no ambiente de trabalho podem ser percebidos de forma explícita ou permanecer ocultos, seja por falta de conhecimento ou de informações adequadas, situação em que o profissional de saúde pode não estar ciente de sua existência. Esses riscos podem se manifestar de maneira latente, surgindo apenas em situações de emergência ou condições de estresse, ou podem ser reais e amplamente reconhecidos, como ocorreu com a covid-19, embora sem possibilidade de controle efetivo (Ramos-Toescher *et al.*, 2021).

Sob a perspectiva da vulnerabilidade dos profissionais da saúde pública, o percurso que os expõe a acidentes de trabalho, relacionados aos riscos ocupacionais, é determinado por um conjunto de condições que envolvem tanto aspectos individuais quanto institucionais. Portanto, o prefixo *pan* (referente a pandemia), que significa *para todos* (Pereira *et al.*, 2023), não atingiu *igualmente* a todos. Pelo contrário, a pandemia atingiu de formas diferenciadas os distintos estratos sociais, também no campo da saúde. Esse cenário resultou em uma crise dentro de uma crise, perdas dentro de outras perdas. Lugares invisíveis na sociedade.

Será possível ver não vendo? A visibilidade física nem sempre vem acompanhada pelo reconhecimento do outro, da sua condição humana e sua capacidade de ser protagonista de sua biografia. A invisibilidade humana se expressa enquanto existe a recusa em ver o outro. Nessa recusa, cria-se a impossibilidade de se estabelecer a inter-relação, acontecendo a ruptura, a segregação, um que deseja ser visto e o outro impossibilitado de ver. Tratar da

dimensão da invisibilidade social é refletir sobre a desfiliação da sua cidadania. Essa invisibilidade, ou essa invisibilização, reforça a exclusão social a que foram submetidos (Tojal, 2023).

Sem ter lugar, como se processará o luto?

A pergunta acima, em conjunto com a afirmação de Franco (2010, p. 18), ressoa na motivação para a realização desta pesquisa, pois “diz respeito às razões para o estudo do luto, que vão da necessidade de construir conhecimento com base no que se sabe sobre ele, considerando os desafios que emergem nesse campo, até a preocupação com aquele que se beneficiará dele”.

É o caminho do futuro apontado pela autora (Franco, 2010), que intensifica o desejo desta pesquisadora de aprofundar o conhecimento sobre a assistência aos enlutados pela covid-19, em situação de desigualdade social, bem como o profissional de saúde que lidou diariamente com o tema durante a pandemia, tendo como resultado (inovador) um protocolo de atendimento psicológico orientado para a intervenção, tanto no nível secundário quanto no terciário do luto complicado pela covid-19 para a rede pública de saúde.

Essa iniciativa promoverá a educação para a morte, abrangendo não apenas os profissionais atuantes no campo da saúde, mas também contribuindo para o enriquecimento do conhecimento disseminado na sociedade como um todo. É relevante destacar que os questionamentos e as discussões que fundamentaram esta investigação foram orientados pela ética, a qual, conforme Franco (2010), é essencial em intervenções e pesquisas realizadas com indivíduos enlutados.

Refletir sobre o luto vivenciado por essa população invisibilizada pela sociedade, em articulação com a vulnerabilidade dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, remete ao conceito de “luto proibido”, conforme definido por Butler (2006, p. 25). Esse termo se refere ao direito universal de vivenciar o luto, independentemente de qualquer condição ou contexto. Para a autora, há uma distinção significativa entre “vidas que importam” e “vidas que pesam”, bem como entre “vidas vivíveis” e “vidas matáveis”, evidenciando as desigualdades na forma como a vida e a morte são socialmente reconhecidas e legitimadas.

O luto, pensado pela autora como categoria ético-política, e deslocado da teoria psicanalítica para a filosofia política, cumpre a função de fundamento negativo para a sustentação do que ela chama de “um tênue nós” (Butler, 2006, p. 178), solo comum a ser reconstruído, considerando o diagnóstico de que o luto é a última

fronteira erguida para separar a humanidade entre os que têm direito ao estatuto de humanos e os que restam como inumanos, pois podem ser eliminados, direta ou indiretamente, seja pelo fazer morrer, seja pelo deixar morrer.

A consequência desse fenômeno é que, além de essas vidas não serem reconhecidas como humanas — seja pela representação como algo maléfico, seja pela recusa de qualquer representação —, o luto por essas vidas também é negado. Afinal, se não houve vida, não pode haver morte, e, consequentemente, não há espaço para a percepção de perda ou vivência do luto. Esse processo reflete uma desumanização que, simultaneamente, submete essas vidas à violência e impede que elas sejam objeto de qualquer forma de luto. Nesse sentido, conforme Butler (2006, p. 181), “não são merecedoras de pranto coletivo”.

Nesta pesquisa, considera-se que o luto proibido da população em situação de desigualdade tem recebido pouca atenção nos estudos acadêmicos. Isso ocorre porque, no contexto da iniquidade, outras necessidades emergem como prioridades, tais como a fome, a falta de moradia, o desemprego e a ausência de saneamento básico. Esses aspectos frequentemente se tornam o foco principal nas discussões sobre desigualdades sociais nos campos da economia, sociologia, ciências sociais e na formulação e implementação de políticas públicas.

Além disso, faz-se fundamental considerar que a morte e o luto nos atravessam de maneira concreta, pois o corpo sente, adoece, ama, cria, vive e se afeta, mas, sobretudo, está situado em um contexto histórico específico (Braga *et al.*, 2018). Os indivíduos são constituídos socio-historicamente e, por essa condição inegável, a morte e o luto são marcados pelas vivências concretas de gênero, etnia, classe social e territorialidade (Ferreira, 2021). Assim, sob a influência de uma sociedade moldada pelas assimetrias do sistema capitalista, as formas de viver e morrer refletem desigualdades estruturais.

Diante do exposto, nesta pesquisa, o objetivo geral é: compreender o processo de luto pela covid-19 dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros e pacientes enlutados no contexto de uma Unidade Básica de Saúde (UBS); e, como objetivos específicos: a) identificar os fatores de risco e proteção para prevenção da saúde mental dos profissionais de saúde e pessoas em situação de luto usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS); b) contribuir para a implementação de ações de políticas públicas no cenário brasileiro com foco na saúde, tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde da UBS; e c) elaborar um protocolo de

atendimento psicológico orientado para intervenção, tanto no nível secundário quanto no terciário, do luto complicado.

O referencial teórico desta pesquisa assenta-se em três grandes temas: 1) luto, 2) desigualdade social e 3) saúde pública. Esta escolha permite um aprofundamento para esta pesquisadora na área da assistência pública ao luto dos indivíduos e suas famílias.

Este trabalho apresenta-se, no capítulo 1, a fundamentação teórica a respeito do luto considerando as conceituações contemporâneas; sobre o advento da pandemia de covid-19 e a assistência psicológica aos enlutados pela doença. No capítulo 2, será apresentado um panorama das políticas públicas e da assistência pública no acesso à saúde no Brasil antes e no pós-covid-19. Tendo como ponto de partida a revisão sistemática, realizada em 2021, refeita em 2022, 2023 e 2024, para buscar e analisar o material disponível. Este levantamento foi importante para a compreensão do cenário do luto neste contexto, sendo determinante para a elaboração dos objetivos, presentes no capítulo 3, e do método, apresentado no capítulo 4. Os cuidados éticos, importantes e necessários para uma pesquisa, serão apresentados no capítulo 5. A seguir, a apresentação, análise e discussão dos estudos de caso no capítulo 6. Já no capítulo 7 apresentar-se-á a discussão acerca da construção do protocolo de atendimento psicológico orientado para intervenção do luto complicado pela covid-19 dos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS). Finalizando com as considerações finais, no capítulo 8.

As emoções despertadas no processo de luto exigem reflexões aprofundadas para compreender o sofrimento inerente a essa experiência. Para tal, no âmbito da saúde pública, iniciativas destinadas a mitigar esse sofrimento requerem a implementação de protocolos que orientem as práticas assistenciais voltadas para essa temática específica. Protocolos são definidos como conjuntos estruturados de informações que têm como objetivo direcionar as ações em saúde, recomendando ou contraindicando técnicas e condutas, com o propósito de qualificar, aperfeiçoar e respaldar o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde. Na rede pública, esses protocolos são amplamente utilizados como ferramentas para orientar as condutas destinadas aos usuários dos serviços (Brasil, 2020; 2021).

Porém, Parkes (2011) faz o importante apontamento de que nem todas as pessoas enlutadas necessitam de assistência especializada. Dessa forma, esta pesquisa pautou-se na importância de reconhecer a singularidade das diferentes

formas de vivenciar o luto, com ênfase na validação e no acolhimento das experiências de indivíduos em situação de desigualdade social. Esse enfoque é essencial para a construção de uma assistência responsável à saúde mental da população enlutada pela covid-19. Nesse contexto, conforme apontam Franco e Polido (2014), o cuidado deve ser fundamentado nas necessidades e perspectivas dos enlutados, evitando imposições baseadas unicamente no que os profissionais de saúde consideram adequado ou saudável.

Por último, e não menos importante, esta pesquisa está inserida no projeto “Desafios na saúde mental: sustentabilidade e subjetividade no mundo contemporâneo”. O projeto obteve aprovação de mérito e atribuição das bolsas de Mestrado (G/M) solicitadas como resultado do edital CNPq nº 25/2020, ajustado a esta edição CNPq nº 02/2021 para bolsas de Doutorado (G/D), do qual a pesquisadora faz parte, que, em razão do compromisso das demandas da sociedade brasileira e internacional, o Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP) tem assumido os compromissos para o desenvolvimento sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A ONU, desde 2015, volta-se para a agenda 2030 e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), cujos princípios enfatizam ações para transformar as condições atuais da relação humanos/recursos do planeta, por intermédio da afirmação dos direitos humanos à igualdade de gênero, à cultura da paz e à vida que concretiza o equilíbrio entre as três dimensões integradas e indivisíveis do desenvolvimento sustentável: a social, a ambiental e a econômica.

Este estudo será pautado nos objetivos 3 (Saúde e Bem-Estar) e 10 (Redução das Desigualdades), explicitados a seguir:

a) o Objetivo 3 do Desenvolvimento Sustentável é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades. Sendo assim, esta pesquisa está pensando no aumento do investimento em saúde na criação de ações em prol da prevenção e promoção da saúde e da população;
b) o ODS 10 foi trazido para a presente pesquisa, pois objetiva reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles, visando a fortalecer e promover a inclusão social, econômica e política de todos,

independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra.

1 OS LUTOS COMPLICADOS DE UMA PANDEMIA

Um olhar retrospectivo ao início do ano 2020, quando se teve notícias da existência de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, responsável por causar a doença covid-19, evidencia que essa viagem no tempo não contou com uma medida comparável a outras experiências de ordem semelhante, tais como: os números que dimensionaram a gravidade do vivido, os avanços da ciência, os retrocessos éticos e morais, as reparações também éticas e morais e a constatação de centenas de mortes que poderiam ter sido evitadas (Franco, 2023). Novos questionamentos na saúde e sobre o luto se impuseram, pois o luto vivenciado no mundo adquiriu proporções nunca imaginadas.

O comportamento da população precisou ser mudado consideravelmente, para atender aos cuidados quanto à propagação do vírus, até então mortal, e o impacto econômico, gerado pela pandemia, ainda é grande. Os profissionais da saúde foram expostos a situações extremas de risco de morte e estiveram no epicentro da exaustão e do desgaste (Franco, 2021).

O distanciamento físico, imposto pelo isolamento mundial, visando à minimização da contaminação da doença, gerou um grave risco à saúde mental dos indivíduos. Para a compreensão do impacto dessa perda, precisa-se retornar ao tema da biologia, em especial da etologia, área da zoologia responsável pelo estudo do comportamento animal. Para tal, nesta pesquisa, recorre-se a Bowlby (2004a [1969]) e sua teoria do apego.

O contato físico é uma das experiências sociais que regulam o cérebro diante do medo, desde o nascimento até a morte. É a pele da mãe em contato com a pele do bebê que fornece a ele indícios de segurança. O calor, o cheiro, a textura e os movimentos da mãe são memorizados rapidamente pela criança, pois representam uma forma de discriminar o ambiente e direciona os seus chamamentos quando se sente ameaçada. Do aprendizado dessa primeira experiência, a mente aquieta-se após uma experiência entendida como ameaçadora quando entra em contato físico com aquilo ou aquele que o protege ao longo da vida. Na ausência da pessoa elegida como figura de apego, podem-se acessar aquelas que a substituem ou algum objeto que a representa. Apesar de não resultarem na mesma saciedade de medo, são associadas à figura eleita e podem desativar parcialmente o senso de ameaça.

O isolamento físico, na pandemia de covid-19, implicou a quebra desse tipo de relação, pois as pessoas estiveram privadas desse contato, tornando-as mais estressadas e vulneráveis para o manejo da crise vivenciada. Por outro lado, os relacionamentos sociais mais significativos, também, representam esse lugar secundário e importante de tranquilização, e essa falta de contato, pele a pele, causada pelo isolamento social, gerou sensações de desamparo e desproteção nos indivíduos.

Educação, dependência, hostilidade e afiliação são algumas das mensagens sociais transmitidas pelo toque. Entre os efeitos, é observado que os indivíduos podem ser altruístas na medida em que o toque gere generosidade. Os efeitos dos toques interpessoais (como sinal de amizade) por uma pessoa fora do grupo estão associados a uma maior inclusão em grupos sociais, favorecendo a redução dos preconceitos étnicos. É evidente, entretanto, que a interpretação do toque varia em função do contexto social (Ravaja *et al.*, 2017).

Por essa razão, os contatos sociais possíveis, durante a pandemia, precisaram ser incrementados, na tentativa de minimizar a falta gerada pelo contato físico. Os contatos sociais, ainda que virtuais, foram importantes para as trocas de olhares e conversas, resultando na minimização dessa perda transitória (Vachon *et al.*, 2023).

No entanto, os significados atribuídos ao luto vividos em consequência da covid-19 foram ampliados diante das limitações nas participações dos rituais fúnebres, segundo Wang *et al.* (2020), por questões biossanitárias. O luto público, pela expansão das comunicações via internet, marcou mais essa experiência única do que o luto privado. A atenção às pessoas em situação de luto, segundo Franco (2021), ficaram restritas a recursos on-line, não mais presenciais, exigindo que os profissionais ampliassem seus habituais recursos a fim de atender com qualidade essa nova demanda. A autora ressalta a clareza de que não se tratava de uma questão quantitativa apenas, pelas informações diárias sobre o número de óbitos; tratava-se de um luto com contornos próprios, que levou a reflexões sobre o que se compreendia até então e o que era apresentado a partir daquela situação.

O que era sabido é que havia uma peculiaridade no luto pela covid-19, a falta/restrição dos rituais fúnebres que representaram a ausência de um fechamento e de uma concretude necessários para o processo de luto, sendo fator de risco para o luto complicado (Cogo *et al.*, 2020).

Por meio de uma revisão de literatura, Mayland *et al.* (2020) buscaram informações sobre as experiências de enlutados em outras epidemias e pandemias. O objetivo dessa revisão se deu pela dificuldade em dimensionar o impacto da pandemia de covid-19 sem um distanciamento histórico. Por consequência, houve a dificuldade de identificar ações terapêuticas que pudessem ser benéficas aos enlutados. Foram milhões de perdas concretas e simbólicas.

Sendo o luto uma experiência que, embora apresente similaridades entre grupos e indivíduos, sempre será particular, a tentativa de homogeneizá-lo ou padronizá-lo não trará bons resultados para a sua compreensão (Franco, 2021). Portanto, para estudar o processo de luto no contexto específico da pandemia de covid-19, faz-se importante apresentar o caminho, o conceito e o fenômeno sobre o luto, que será aprofundado neste capítulo, para o entendimento desse processo. Para tal, serão discutidos os autores de base para o estudo do tema e as considerações teóricas que os sustentam.

Este capítulo será organizado em tópicos, mesmo que, na complexidade de um processo de luto, como afirma Franco (2021), percepções e experiências se interpenetrem e componham novos quadros.

1.1 A construção de significado

Segundo Frankl (2006 [1959], p. 43), os indivíduos são movidos pelo que o autor chamou de “desejo de significado”, isto é, o desejo de encontrar e dar sentido à vida. Portanto, fala-se da construção de significado como a busca de sentido para a vida.

Considera-se que, embora seja esta uma construção possível, não totaliza o fenômeno da construção de significado. O indivíduo está inserido em uma rede de significados e suas vivências estão impregnadas de significados atribuídos por ele e seu contexto (Mazorra, 2009).

Tal processo é possível, de acordo com os modelos operativos internos (Bowlby, 2004b [1973]), por meio da narrativa (Grandesso, 2000; Neimeyer, 2001; Cyrulnik, 2006), que organiza o discurso e a experiência vivida pelo indivíduo, criando a história temporariamente, dando sentido aos acontecimentos (Grandesso, 2000), em um contexto social, que varia de acordo com a cultura (Walsh, 1998; Hays & Hendrix, 2008), passando de forma multigeracional, sonhos e esperanças para o

futuro (Walsh, 1998). Portanto, apesar de ser uma narrativa pessoal, encontra suporte no domínio social (Neimeyer, 2001).

O apego é um importante organizador de significado (Marris, 1991; Bowlby, 1995a; Casellato, 2004; Franco, 2021), sendo construído na relação dos campos biológico, cultural, social e psicológico, que influenciam a relação do indivíduo com seu *self* e com o mundo. Por “mundo”, entende-se a relação com o outro, com a sociedade, com os valores e as crenças. Os modelos operativos internos traduzem a relação do indivíduo com seu passado, presente e futuro — passado transgeracional, sonhos e esperanças para o futuro —, a linguagem e a narrativa.

Marris (1991) foi além, e afirmou que o apego é o primeiro e mais crucial relacionamento, por meio do qual o ser humano começa a aprender a organizar significado. Nomeia como significado uma organização de experiências que capacita o indivíduo a identificar aqueles eventos que têm importância para ele, que conta experiências prévias e determina como ele responderá a elas. Isto envolve eventos classificatórios, propósitos ordenados e sentimentos reconhecidos associados com eventos e propósitos. Como todas as organizações vivas, isto envolve, constante e reiteradamente, eventos que provocam emoções, as quais influenciam os propósitos, que, por sua vez, influenciam os eventos que se seguem e como as pessoas se sentem com relação a eles.

Neste sentido, Marris (1991) completa que estes significados são vitais, e que o processo de crescimento seria o resultado do amadurecimento das organizações de significado. Porém, significados são organizados como instituições sociais, bem como as compreensões pessoais, tais como ciência, religião, ideologia, leis, arte e, principalmente, a estrutura de uma linguagem. Estes significados são próprios e são fortalecidos enquanto são repetidos. Como as compreensões pessoais são incorporadas a estes significados organizados e mantidos socialmente, eles passam a criar a previsibilidade da interação humana.

Embora autores (Walsh & McGoldrick, 1998; Nadeau, 1998; Parkes, 2009; Franco, 2021) tenham mencionado sobre a construção de significado ser um importante aspecto ao longo do processo de luto, o trabalho de Neimeyer (1998) tornou-se referência sobre o assunto. A construção de significado possui dois principais constructos: fazer sentido na perda e achar benefício a partir dela; e está associada a uma diminuição das complicações do luto. Para Nadeau (1998), a

construção de significados permite construir uma explicação para o que aconteceu, possibilitando construções de novas visões de mundo. Dessa forma, esse aspecto do luto se tornou um importante fator de adaptação à perda.

Diante do exposto, o rompimento de vínculos, as adversidades e as catástrofes têm relação profunda com o estabelecimento do apego e os modelos operativos internos. Por essa razão, a seguir, deter-se-á à interface dos modelos operativos internos e à construção de significados.

1.2 Os modelos operativos internos e a construção de significados

Desde a infância e do estabelecimento das relações de apego, os indivíduos constroem modelos representativos do mundo e de si, por meio dos quais suas experiências são significadas; e as informações, recebidas e captadas pelos órgãos dos sentidos, são interpretadas (Bowlby, 1982 [1969]). Os modelos operativos internos (Bowlby, 2004b [1973]) compõem o sistema comportamental de apego, atuando como lentes, por meio das quais o indivíduo compreende o mundo, elabora planos, observa eventos e desenvolve expectativas para o futuro. Por meio desses modelos, segundo Marrone (2001), torna-se possível organizar as experiências subjetivas e cognitivas — memória, atenção, pensamento, linguagem, narrativa — e da conduta adaptativa; a criança aprende a se relacionar, inicialmente, com a figura de apego e com as demais pessoas (Bowlby, 2004b [1973]).

Segundo Bowlby (2004a [1969], 2004b [1973]), o comportamento de apego é estabelecido nos seis primeiros meses de vida, para a maioria dos bebês saudáveis. Por meio da repetição internalizada da experiência vivida com as figuras de apego, estabelecem-se os modelos operativos internos, que são representações a respeito da figura de apego e de si, tornando-se parte da personalidade do indivíduo, tendendo a operar de modo automático e inconsciente, sendo resistente à mudança. Ao final do primeiro ano de vida, estabelece-se um estilo de apego entre o bebê e a figura de apego, que tende a permanecer estável ao longo de suas relações.

Embora sejam relativamente estáveis ao longo do tempo, os modelos operativos internos são nomeados *operativos*, porque estão sujeitos a revisão, bem como o estilo de apego, ao longo do ciclo vital, dependendo das novas experiências

com as figuras de apego ou reconceitualizar experiências passadas (Marrone, 2001; Rholes & Simpson, 2004).

Existe uma diferença entre os modelos operativos internos e as representações. Segundo Main (1991), o modelo operativo interno é a representação individual com relação ao mundo, suas figuras de apego e a relação do indivíduo com eles; enquanto as representações são os significados construídos, imagens e modelo mental. Parkes (1998a; 2006) apresenta, ainda, o conceito de mundo presumido, que apresenta uma estreita relação com ambos os conceitos: o aspecto do mundo interno que é considerado garantido e verdadeiro pelo indivíduo, incluindo as representações sobre o *self*, o outro e o mundo.

Segundo Bowlby (2004b [1973]), os modelos operativos internos têm relação com quão aceitável ou não a criança se vê aos olhos da figura de apego. O autor (Bowlby, 1990 [1979]) aponta, também, que a ambivalência na relação e a capacidade da pessoa em regular o conflito é um elemento construído nas experiências vividas na interação com a figura de apego, e esses modelos relacionam-se com o quanto a criança percebe que seus sentimentos com relação à figura de apego são aceitáveis ou não, e se podem ser expressos. Marrone (2001) e Mikulinger e Shaver (2004) apontaram que, a partir desses modelos, seria possível apreender a autoestima, a noção de separação com relação ao ambiente, identidade, continuidade no tempo e o autoconhecimento.

Com relação aos modelos operativos internos da figura de apego, elas são avaliações da acessibilidade, disponibilidade e confiabilidade dessas figuras, ou seja, a maior função da figura de apego é o oferecimento de uma base segura, que permita ao indivíduo explorar o meio. Quando essa figura é enxergada pela criança como acessível e responsiva, e esta considera alguém a quem os demais, especialmente a figura de apego, responderão em caso de necessidade, mesmo quando esteja ausente, a criança confia que ela estará disponível quando necessário, estabelecendo, assim, um estilo de apego seguro com ela, podendo afastar-se com tranquilidade e a segurança de que poderá voltar a buscar seu cuidado, se sentir necessidade (Bowlby, 2004a [1969]; 2004b [1973]).

Porém, quando a figura de apego é considerada não acessível e não responsiva, a confiabilidade e a disponibilidade não são esperadas, e o estilo de apego que predomina nessa relação é considerado inseguro, caracterizado pela ambivalência, dificuldade de afastamento da figura de apego, constante ansiedade e

temor da perda dessa figura ou negação das necessidades de cuidado e apego do indivíduo (Bowlby, 2004a [1969]; 2004b [1973]; 1990 [1979]).

Existe o consenso, segundo Fonagy (2001), sobre a designação dos elementos-chave do comportamento de apego: são comportamentos direcionados, para chamar a atenção do cuidador, comportamentos aversivos e atividade muscular. Tais comportamentos permitem que a criança se aproxime do cuidador, uma vez que tem mais chances de sobrevivência se estiver próxima de um adulto e, posteriormente, esse sistema facilita o desenvolvimento de uma organização interna estável.

Referindo-se às diferenças entre a teoria do apego e a psicanálise, Fonagy considera que, para a teoria do apego, o objetivo dos comportamentos mencionados não seria a mãe, mas, em um primeiro momento, a proximidade física com ela e, posteriormente, a proximidade incluiria aspectos de natureza psicológica. Faz-se importante, também, considerar a resposta do cuidador, pois influenciará o sistema de apego. Fonagy (2001) destaca a relação que a teoria do apego estabelece entre o apego e outros aspectos do desenvolvimento da criança, como o comportamento exploratório e o medo. Nesse sentido, ele aponta que Ainsworth (1978) evidenciou a necessidade de um sentimento de segurança básica para que a criança pudesse realizar comportamentos exploratórios que são interrompidos na ausência da figura de apego; e, por outro lado, o medo ativaria os sistemas de apego.

Fonagy (2001) afirmou que, embora não estejam explícitos na obra de Bowlby, os modelos de figura de apego e do *self* são modelos interativos que representam a relação do *self* e outros. Mazorra (2009), citando Fonagy (2001), apontou para o fato de que o sistema de apego é, em primeiro lugar, um regulador da experiência emocional, e essa capacidade, segundo Mazorra (2009), é construída na relação com a figura de apego. A ativação das condutas de apego dependeria da avaliação, feita pela criança, de um conjunto de sinais do seu ambiente interpessoal, que daria como resultado a experiência subjetiva de segurança ou insegurança. A acessibilidade e a responsividade da figura de apego, segundo Homes (1996) e Marrone (2001), não consiste, somente, na presença física, mas, também, em sua disponibilidade emocional e na capacidade de ter uma resposta sensível às necessidades apresentadas pela criança, modular seus afetos e promover o sentimento de integração do *self*.

Segundo Mikulincer e Shaver (2004), quando as representações do *self* com a figura de apego estão acessíveis no processamento cognitivo e afetivo, possuem a capacidade de promover sentimentos tranquilizadores e reconfortantes, facilitando, dessa forma, o enfrentamento de situações ameaçadoras e angustiantes — como aquelas enfrentadas na pandemia da covid-19. Ao sentir que podem enfrentá-las, os indivíduos tendem a se ver como competentes para tal, incrementando, assim, sua segurança.

Portanto, o conceito de segurança do apego não se refere à confiança básica nos outros, somente, mas também às percepções que a pessoa tem de seus próprios recursos e efetividade, seus recursos reais e seus sentimentos de segurança interna. Faz-se uma ressalva com relação aos recursos reais: eles são conhecidos por meio da interpretação da pessoa, não havendo, por essa razão, acesso a tais recursos (Marrone, 2001).

A psicóloga americana Mary Ainsworth (1963; 1978) aplicou as teorias de Bowlby, ao estudar as interações mãe-bebê, em situações de separação e reunião com suas figuras de apego, chamado Teste da Situação Estranha; fazendo uma distinção importante entre a força do apego e a segurança do apego, no qual descreveu três diferentes estilos de apego encontrados. Segundo Parkes (2009), tal método, “mais que qualquer outro” (p. 23), colocou o estudo das relações de amor entre mãe e bebê em um patamar científico, e apresentou como as maneiras peculiares pelas quais as mães amam seus bebês podem ter um efeito profundo no modo como os bebês enxergarão a si e ao mundo.

No teste da situação estranha, crianças, no segundo ano de vida, e mães são observadas por meio de um espelho unidirecional antes, durante e depois de um breve período de separação dessas crianças de suas mães, em uma sala estranha e desconhecida. Ainsworth *et al.* (1978) descreveu um padrão de apego seguro e dois padrões de apego inseguro.

Vale ressaltar que as pesquisas de Main e Goldwyn (1984), Main e Hesse (1990) e Main e Solomon (1990) apontaram que cada padrão de apego está associado a um padrão específico de cuidado parental. Marrone (2001) acrescentou que as classificações dos estilos de apego descritos na situação estranha refletem a organização dos modelos operativos internos da criança, a emergência de mecanismos de defesas e os estilos de relação entre a criança e seu cuidador. São eles:

a) *estilo de apego seguro*: confia na figura de apego e na sua disponibilidade quando necessário/procurada, apresenta alto nível de exploração do ambiente e é sociável. Toleram separações breves sem muito sofrimento;
b) *estilo de apego inseguro evitativo*: mantém distância e possui uma atitude de autossuficiência emocional na qual não procura a figura de apego quando necessita, reagindo de forma defensiva, porque acredita que, ao procurar o seu apoio, será rejeitada. São indiferentes à separação, mas Sroufe e Waters (1977) afirmaram que essa indiferença é mais aparente do que real;
c) *estilo de apego inseguro ansioso-ambivalente*: tem grande proximidade com sua figura de apego e pouca exploração do ambiente, pois não confia que seu cuidador está disponível quando necessário/procurado. Perante seu afastamento, reage com ansiedade de separação elevada. Apresentam grande sofrimento durante o período de separação.

Mary Main (1979 *apud* Parkes, 2009) acrescentou um terceiro padrão de apego inseguro à classificação proposta por Ainsworth *et al.* (1978): o apego inseguro desorganizado. Este grupo de crianças apresentou atividades contraditórias e desorganizadas, reagindo à separação e buscando proximidade com a figura de apego de forma inconsistente e imprevisível. Choram quando separadas de suas mães, mas as evitam quando retornam, ficam “congeladas” (Parkes, 2009, p. 25) ou se jogam no chão. Podendo oscilar entre se afastar ou se aproximar, apresentaram movimentos estereotipados de se balançar para frente e para trás e se bater repetidas vezes.

O padrão desorganizado pode estar associado ao abuso de drogas (Rodning *et al.*, 1991), ao alcoolismo (El-Guebay *et al.*, 1993) e ao abuso parental (Carlson *et al.*, 1989), sofridos pela figura de apego. Assustadas e desesperançadas com seu bebê, essas mães/figuras de apego não se sentem confiantes quanto à sua habilidade para cuidar dele, bem como para controlá-lo. Consequentemente, seu comportamento é tanto assustado quanto assustador, e o que deveria ser fonte de segurança para o bebê se torna uma fonte de alarme.

Diante do exposto, será descrita, a seguir, uma classificação dos pressupostos básicos que influenciam os relacionamentos. Afinal, os estilos de

apego encontrados na infância foram estudados, também, na vida adulta, conjuntamente com seus respectivos modelos operativos internos, importante aspecto para a compreensão dos rompimentos de vínculos.

1.3 Estilos de apego e confiança: apegos na vida adulta

A classificação dos pressupostos básicos que influenciam os relacionamentos, importante aspecto para o estudo do luto, está pautada: na teoria do apego adulto, proposta por Bartholomew e Horowitz (1991); confiança básica, de Erikson (1999 [1950]); e Bowlby (2004 [1973]), quando afirmou que os filhos têm confiança em si e nos outros devido à experiência de apego seguro com suas figuras de apego. Bowlby (1988) considerou, também, que, para que a criança se sinta segura e tenha um desempenho de acordo com a sua idade, faz-se necessário que os modelos operativos internos complementares da criança e de seus pais se adaptem ao seu desenvolvimento e às suas capacidades físicas, sociais e cognitivas. Dessa forma, a interação entre a criança e os seus cuidadores tem um impacto direto no desenvolvimento do cérebro e no processo de maturação neuronal (Shore, 2001).

Parkes (2009) complementa o pensamento dizendo que a principal função do cuidado parental é oferecer a base segura para a criança, pela qual, no período de desenvolvimento, aprenderá o quanto poderá confiar no outro e em si, o que o autor denominou de: confiança no outro e autoconfiança.

Parkes (2006) afirmava que quatro dessas medidas de confiança podem resultar dos quatro padrões de apego, ou seja, o autor considerava que:

a) o *apego seguro* está ligado a níveis elevados de confiança em si e no outro;
b) o *apego inseguro ansioso/ambivalente* está ligado à falta de confiança em si, mas não no outro;
c) o *apego inseguro evitativo* está relacionado à falta de confiança no outro, mas não em si;
d) o *apego desorganizado* leva à falta de confiança no outro e em si.

Para uma melhor compreensão do tema, pontua-se que os modelos operativos internos interferem na relação de apego, pois estão associados a estados emocionais. A tentativa de regular estes estados emocionais leva a que um indivíduo

tente geri-los por meio de mecanismos de defesa. Também cria estratégias para manter a distância da figura de apego que o indivíduo interpreta como segura (Marrone, 2022). Bowlby (1973, p. 205), complementando essa afirmação, pontua que: “Não é raro que um indivíduo opere simultaneamente dois ou mais modelos operativos das suas figuras de vinculação e dois ou mais modelos operativos de si mesmo”. Portanto, percebe-se que os indivíduos apresentam múltiplos modelos de relação com cada figura de apego/vinculação. Esta multiplicidade se deve a diversos fatores ao longo do desenvolvimento de cada relação, desde a infância e ao longo do ciclo vital, ainda que esteja estabelecido que os modelos operativos internos mais precoces sejam os mais influentes (Marrone, 2022).

Continua Marrone (2022), afirmando que os indivíduos com uma história de apego/vinculação segura têm uma maneira direta e efetiva de regular as emoções. Baseado nas experiências infantis com as suas figuras de apego que respondem de forma empática, sensível e eficaz às comunicações entendidas como perigo ou de angústia, assim, as crianças aprendem a ter confiança na capacidade de regulação dos outros. Têm confiança nas figuras de vinculação e, dessa forma, conseguem expor a sua vulnerabilidade, pedindo ajuda quando necessitam. Ao contrário, em condições infantis adversas, os indivíduos, ao chegarem na vida adulta, produzem uma falha na capacidade de autorregulação ou de buscar regulação nos outros que potencialmente poderiam responder com carinho e empatia. Portanto, a resposta sensível do cuidador — que é uma combinação de carinho, empatia e contato — é fundamental para regular as emoções da criança (Marrone, 2022).

Os indivíduos necessitam de pessoas próximas que os regulem emocionalmente quando estão desregulados. Se, na infância, tiveram figuras de apego que os regularam, essa função está internalizada e, consequentemente, adquiriram maior autonomia para regular as suas emoções sem necessitar de grande ajuda dos outros. Ainda assim, em condições de grande adversidade na vida, como a perda de um vínculo significativo, as pessoas com uma história segura de vinculação necessitaram de ajuda externa; porém, conseguem procurá-la.

Portanto, de acordo com a definição utilizada por Main (1991), o modelo operativo interno é a representação individual com relação ao mundo, às suas figuras de apego e à sua relação com eles. Já as representações são os processos internos que incluem construção de significados, imagens e modelos mentais.

Modelos mentais internos são avaliados por Karen (1994) como mapas mentais do desenvolvimento, que permitem navegar no mundo sem ter que operar tudo, desde o início, a cada vez que o indivíduo encontra uma situação familiar. Estes modelos incluem a compreensão de como as relações íntimas funcionam, como os outros esperam ser tratados e como é percebido pelo indivíduo.

Desta feita, Karen (1994) apresenta as características dos modelos operativos internos representados pelos adultos, com distintos estilos de apego. Os estilos de apego inseguro evitativo e ansioso ambivalente terão suas terminologias alteradas respectivamente, para rejeitado e preocupado:

a) *estilo de apego seguro*: indivíduos com estilo de apego seguro, frequentemente, tiveram apego seguro na infância. São capazes de acessar facilmente uma variedade e intensidade de sentimentos negativos e positivos, conjuntamente com uma visão equilibrada e balanceada dos pais/figuras cuidadoras. Quando se sentiram inseguros na infância, conseguiram superar a raiva e a mágoa. São indivíduos com um modelo positivo dos outros e de si, que se sentem dignos de amor e valorosos, capazes de ajudar e serem ajudados, se surgirem dificuldades; avaliam os outros como atenciosos e respeitosos, procuram proximidade e se sentem confortáveis em relacionamentos de longa duração, estabelecendo compromisso;
b) *estilo de apego inseguro rejeitado*: o indivíduo que desenvolve esse estilo de apego, de maneira comum, teve apego evitativo na sua infância. Tende a um autoconceito — não realista — muito positivo de si e acredita ser valoroso e independente; classificando-se como perfeito, pois sente a necessidade de uma idealização defensiva por receio de alguma imperfeição ser encontrada. Tendência a enxergar os relacionamentos de maneira negativa e evita as interações sociais. A importância dos relacionamentos é negada pelo indivíduo, com existência de conflitos estressantes e a necessidade de ajuda. Com frequência, idealiza os pais/cuidadores;
c) *estilo de apego inseguro preocupado*: frequentemente, este estilo de apego na vida adulta se associa ao apego ambivalente na

infância. Mantendo-se envolvido em sentimentos de mágoa e raiva com os pais/cuidadores. O indivíduo é incapaz de ver sua própria responsabilidade nos relacionamentos. Tem medo de ser abandonado e, por essa razão, minimiza o contato íntimo, com a intenção de evitar a rejeição.

Uma revisão feita por Bartholomew e Horowitz (1991) estendeu a descrição do apego na vida adulta, incluindo mais um tipo de apego, apresentando o seguinte quadro explicativo:

Tabela 1 – Estilos de apego segundo Bartholomew e Horowitz (1991)

	Modelo de si positivo	**Modelo de si negativo**
Modelo dos outros positivo	Seguro	Preocupado
Modelo dos outros negativo	Evitativo-rejeitador	Evitativo-temeroso

Fonte: Bartholomew e Horowitz (1991, p. 52).

a) *seguro*: possui um modelo operativo interno positivo do outro e de si. Apresenta boa autoestima e enxerga os demais como prevalentemente responsivos. Procura proximidade e se sente confortável nos relacionamentos que envolvem intimidade;
b) *preocupado*: apresenta um modelo negativo de si e positivo do outro. Possui a crença de que, para a obtenção da aceitação, segurança e validação dos demais, faz-se necessário corresponder as suas expectativas. Tem a tendência de desejar a fusão em seus relacionamentos e sente a busca de individualidade e autonomia do outro como rejeição. São mais emocionais e críticos de si;
c) *evitativo-rejeitador*: caracteriza-se pelo modelo operativo interno negativo do outro e positivo de si. Possui elevada autoestima, não realista, e acredita ser autossuficiente e valoroso, buscando uma autoimagem idealizada, de perfeição, negando sua dependência e fragilidade. São indivíduos que evitam intimidade, pois não confiam nos demais. Negam a importância dos relacionamentos íntimos, a necessidade de ajuda e a existência de conflitos. Tendem a apoiar

menos seus parceiros românticos e apresentam baixa expressividade, bondade e consciência do outro;

d) *evitativo-temeroso*: apresenta um modelo negativo do outro e de si. Evita a intimidade para distanciar a dor da rejeição e da perda; indivíduos que dependem muito da aceitação dos demais.

Os estudos de Rholes e Simpson (2004) e Mikulincer e Shaver (2004) sobre apego na vida adulta apresentam uma visão mais dinâmica dos estilos de apego, com base no entendimento de que não existe insegurança ou segurança plena, e que estas estariam relacionadas a como se apresentam no vínculo as dimensões de evitação e ambivalência. Portanto, segundo os autores citados, o estilo de apego é predominantemente inseguro quando o vínculo apresenta uma acentuada dimensão de evitação e/ou ambivalência.

A dimensão da ambivalência está relacionada à dependência emocional do indivíduo, ao desejo de fusão, à hiperativação do sistema de apego, à necessidade de agradar a figura de apego como tentativa de ter/conquistar o seu amor; enquanto a evitação estaria associada a uma compulsiva autoconfiança, negação das necessidades de cuidado e apego com estratégias de desativação do sistema de apego.

Quando existe pouca evitação e ambivalência no vínculo, ele é considerado seguro, e o indivíduo tende a possuir senso de autonomia, habilidades de avaliações para questões do passado e presente das relações com maior objetividade e contato com seus sentimentos; busca ajuda em situações consideradas de ameaça e necessidade, conta com a ajuda de forma efetiva e com as representações internalizadas das figuras de apego (Rholes & Simpson, 2004; Mikulincer & Shaver, 2004). Fonagy *et al.* (2002) sugerem que a proximidade emocional e física proporcionada pelo apego seguro também capacita os indivíduos a compreenderem a si mesmos e aos outros, permitindo “ler” as pessoas e a si mesmos.

A segurança do apego contribui para a flexibilidade e abertura na relação com o mundo, revisão de conceitos e formas de pensamento; enquanto que a insegurança causa a rigidez de pensamento e insegurança para mudanças. Segundo Mazorra (2009, p. 8), “só podemos lançar-nos em novas vivências, experiências e até mesmo modos de pensar se nos sentirmos seguros para deixar formas antigas conhecidas”.

Quando se compreende os estilos de apego identificando a presença das dimensões predominantes no apego, sem que haja a preocupação em identificar uma determinada categoria — como as postuladas por Bartholomew e Horowitz (1991) —, permite que tanto o pesquisador quanto o clínico tenham uma maior liberdade para compreender o indivíduo em suas distintas características e em seus aspectos latentes e manifestos. Portanto, a identificação de uma categoria específica poderá ter um resultado distante e artificial da realidade da pessoa. Por essa razão, a presente pesquisa compreenderá os casos estudados sob esse enfoque.

Faz-se importante destacar que os indivíduos não possuem modelos únicos de suas figuras de apego e de si. Em indivíduos com perturbações emocionais, segundo Bowlby (2004b [1973]), o modelo de maior influência costuma ser aquele construído nos primeiros anos de vida e que poderá ser relativamente ou inteiramente desconhecido para o indivíduo. Por sua vez, segundo Bowlby (2004b [1973]), opera nele um segundo modelo, na maioria das vezes incompatível, que foi desenvolvido mais tarde, que é mais sofisticado e que o indivíduo poderá erroneamente considerá-lo dominante. Para Marrone (2001), embora uma pessoa possa ter modelos operativos internos múltiplos, a definição de apego inseguro ou seguro será dada pela qualidade predominante. Acredita-se que a predominância não é referida a quão consciente é esse modelo, mas, sim, o quanto impacta a vida social, emocional e cognitiva da pessoa.

Tendo em vista os modelos operativos internos e os respectivos estilos de apego descritos na vida adulta, pode-se compreender que as significações das experiências dos indivíduos se dão nesse cenário e, diante da vivência de uma perda significativa, faz-se importante se atentar aos modelos operativos internos para a compreensão do processo de construção de significado após essa perda.

Considerando a importância dessa fundamentação, mostra-se a necessidade de uma compreensão mais ampla do processo de luto, de modo a evidenciar a relação dinâmica e contínua entre os dois processos: o da formação e o do rompimento dos laços afetivos (Bowlby, 2006). É o que será apresentado no próximo tópico do presente capítulo.

1.4 O processo de luto

O luto é um processo saudável e esperado de elaboração psíquica e enfrentamento da vivência de perdas significativas, normativas (esperadas) ou não normativas, no ciclo vital, que implica na transformação e ressignificação da relação com o que foi perdido. Quando se trata da morte de um ente querido, há um vínculo que se mantém e é ressignificado ao longo do processo de luto, por meio da revisão dos modelos operativos internos. Neste sentido, pode-se compreender o luto como um processo de construção de significados, apresentando infinitas variações de respostas: familiares, individuais e culturais.

Segundo Franco (2021, p. 71), se é condição necessária que uma experiência de perda se inicie quando se rompe um vínculo significativo, “sendo esta um depositário de significados para o indivíduo e acerca de si mesmo”, a definição de luto pode ser encontrada na conjugação dos seguintes pontos:

a) *situação conhecida*: o enlutado se vê refletido na situação, encontrando sua competência para o enfrentamento do viver. “Existe um senso de pertencimento àquela situação”;
b) *situação conhecida e significativa*: por ser significativa, torna-se diferente das demais. Ela pode ser ameaçadora, desafiadora, pacificadora, reasseguradora ou ser geradora de sofrimento e estresse. Há um significado construído por quem vivencia a situação: implica em entes que tiveram ou têm lugares de destaque em seu desenvolvimento: irmãos, pais, filhos, parceiros e amigos;
c) *cessação de uma situação conhecida e significativa*: pode acontecer de forma repentina; com exposição à realidade do cessar em graus crescentes, “como se ele estivesse se aproximando”, sem nenhum sinal ou aviso. O cessar poderá ser independente do indivíduo que sofre o seu impacto ou que é provocado por ela, quando o significado da situação não é mais o esperado, desejado ou suportado;
d) *significados para o indivíduo sobre a situação e/ou sobre si*: com as mais variadas possibilidades de construção de significados, “testá-los e mantê-los”, ou não, fica claro que o processo é plural,

dinâmico e comunicável. Transpassa as novas impressões, “assim como deixa impressões nos que dele se cercam”;

e) *experiência de perda*: como poderemos avaliá-la sem considerar o enlaçamento de significados, subjetividades, cultura, âmbitos de impactos, biografia de quem a vive e seu contexto?

Portanto, são variadas manifestações de luto, relacionadas aos distintos tipos de perda: a perda da vida cotidiana, as perdas normativas, próprias do desenvolvimento humano, as separações conjugais/divórcios, perda de funções ou partes do corpo, aposentadoria, demissão, perdas que necessitam de recursos adaptativos da própria rede na qual a pessoa em situação de luto está inserida para ser enfrentada (Franco, 2021). É imprescindível, portanto, considerar o caráter relacional do luto, bem como observar os efeitos que o luto tem dentro de todo sistema familiar, gerando as necessidades de uma nova organização familiar, que deve ser entrelaçada entre o processo individual do enlutado e o processo familiar (Walsh; McGoldrick, 1998).

Observa-se, por essas razões, que estudar o luto requer uma visão que não seja restrita ao psiquismo, como também traz a necessidade de considerá-lo uma experiência humana com raízes em diversas áreas do conhecimento. Faz-se importante essa observação, pois inicialmente o luto foi visto como um fenômeno relacionado a doença física e/ou mental, sem que houvesse uma relação direta com a morte de um ente querido. Essa patologização, segundo Morin (1997), tem raízes em discussões acirradas sobre o caráter normal e patológico do processo de morrer, sendo a maior função da ciência, especialmente da medicina, a cura de desordens e doenças.

Essa vertente positivista da ciência médica foi observada no grande empenho de pesquisadores em categorizar o normal e o patológico do luto (Rando, 1993; Parkes, 1998b; Stroebe *et al.*, 2008; Worden, 2013). Os referentes autores criticaram o excesso de tentativas de classificação do luto e a tendência de compreender que ele próprio passaria pelo processo de cura. Sobre esse assunto, Parkes (2011) apontou para a questão de que essas ideias estariam ligadas ao fato de que os primeiros estudos sobre o luto tiveram base nos modelos teóricos médicos, sendo, assim, o ponto de partida para diagnosticá-lo e tratá-lo, sem levar em consideração outros importantes fatores sobre o processo, expondo um risco alto para a medicalização do luto. Dessa forma, eram prescritas medicações para

pessoas em situação de luto; além do que, até o fim do século XX, ainda se falava em desligamento emocional da pessoa falecida, conforme afirmou Parkes (1998a) e Franco (2010).

No decorrer dos anos, após a Segunda Guerra Mundial e estudos/pesquisas de autores dos séculos XIX, XX e XXI, novos paradigmas com relação ao luto são apresentados, tais como: a) a experiência do luto começou a ser vista como um trauma; b) sendo relacionado ao rompimento de um vínculo; e c) observando que a morte desafia a crença dos indivíduos sobre si mesmos e seus mundos.

Consequentemente, a história da perda passa a ser vista como: ao mesmo tempo individual e amplamente contextualizada; que não se inicia no momento da perda propriamente dita (o rompimento), mas quando se constroem os vínculos afetivos (Bowlby, 1978a; 1978b; 1981), sendo até mesmo transmitida transgeracionalmente (Walsh & McGoldrick, 1991; Coleman, 1991), isto é, o enlutado pode não ter vivenciado a perda, mas o espectro dela chega até ele (Franco, 2021).

Dessa forma, múltiplos olhares começaram a ser incrementados nos estudos e pesquisas sobre o luto para a compreensão e sua elaboração, que passaram a ser relacionados: ao estilo de apego, ao relacionamento com a pessoa que morreu, à rede de apoio existente (social e/ou familiar), aos aspectos culturais, sociais, espirituais e à compreensão sobre a história da morte e como ocorreu a perda (Parkes, 1998a; Franco, 2010; Ben-Cheikh, Rachéd & Rosseau, 2020).

Portanto, existem distintas possibilidades de compreensão do luto em seus múltiplos processos, raízes, resultados e demandas de intervenções. Por consequência, são elaboradas diferentes definições, teoricamente sustentadas com maior ou menor solidez. Conhecê-las é a possibilidade de dar a devida atenção a uma experiência que todos os indivíduos vivem/viverão e que não pode ser considerada banal: o luto por um vínculo significativo perdido. Essa atenção faz-se importante, pois se requer sustentação para as ações de cuidado e prevenção, de modo que as pessoas em situação de luto possam enfrentar esse processo com seus recursos adaptativos e, na falta deles ou na dificuldade de utilizá-los, poder contar com um apoio de qualidade (Franco, 2021).

Segundo Franco (2021), entender o que leva o enlutado a um enfrentamento inadequado do processo justifica que se estude o luto. Levando em

consideração o fato de a presente pesquisa ser no campo da psicologia clínica, para a compreensão sobre a experiência do luto, começa-se apontando a obra de Sigmund Freud a respeito do luto e, especialmente, seu artigo *Luto e melancolia* (2010 [1917] [1915]), que influenciou extensamente os trabalhos/pesquisas de autores subsequentes, em suas distintas abordagens teóricas, que se dedicaram ao estudo sobre o fenômeno (Hagman, 1995; Rubim, 2000; Schut, 2001).

No artigo *Luto e melancolia*, Freud fez uma comparação entre o luto/pesar e a melancolia, definindo o luto como a reação à perda do objeto de amor que causa "a inibição e a ausência de interesse explicadas totalmente pelo trabalho do luto que absorve o Eu" (Freud, 2010 [1917] [1915], p. 175), deixando o mundo empobrecido até que haja desconexão com relação ao objeto perdido e o indivíduo esteja livre para reinvestir sua energia na vida real. A melancolia é definida também como uma reação a um objeto perdido, sem a ocorrência da morte, mas sentida como se o objeto de amor estivesse morto, e tem como características a diminuição da autoestima e o empobrecimento do ego (Franco, 2010; Kovács, 1992).

Freud (2010, p. 26 [1917] [1915]) deixa claro, em seu artigo, que o luto não é uma condição patológica, podendo ser superado ao longo do tempo, e há semelhanças na distinção de luto e melancolia, tais como: "a tristeza profunda, o desinteresse pelo mundo externo, e a perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor — uma substituição inaceitável — e o afastamento de atividades não relacionadas ao falecido".

Porém, Rubin, Malkinson e Weltzum (2000) e Hagman (2001) apontavam que muitos clínicos, baseados nas afirmações de Freud com relação ao desligamento do objeto perdido, apreenderam que o processo de luto implicava o desligamento total do objeto perdido e conduziram sua prática clínica na direção de ajudar o enlutado a se desligar emocionalmente do ente querido. A ênfase nesse desligamento resultou em que processos saudáveis de preservação e continuidade do vínculo com o falecido fossem negligenciados e patologizados.

O modelo freudiano de elaboração do processo de luto e suas consequências para a prática clínica foram discutidos por autores psicanalíticos e não psicanalíticos que se aprofundaram nos estudos sobre o tema. No compilado de ideia dos autores Bowlby (2004c [1973]), Hagman (1995; 2001), Parkes (1998b), Klass e Walter (2001) e Field (2008), compreende-se que a ideia de que o modelo tradicional de luto não é apurado; que não há um desligamento da pessoa enlutada

com relação ao morto; o luto não tem como função desligar as lembranças e esperanças do enlutado com relação ao objeto perdido; a pessoa em situação de luto mantém um vínculo com o ente perdido, e isto não deve ser interpretado como uma má adaptação à perda. Também existem os pesquisadores e clínicos (Rubin, Malkinson & Wiltizum, 2000; Mazorra, 2001) que compreenderam que o desligamento do objeto perdido, descrito por Freud (2010 [1917] [1915]), não implicaria a afirmação de um desligamento total dele.

Hagman (1995; 2001) afirmou que existia uma reestruturação psíquica da relação do indivíduo com aquilo que foi perdido. Isto é, o enlutado não se desvinculava do seu ente querido, e sim havia uma transformação do vínculo interno com o falecido e, externamente, com as figuras transferenciais. Em vez de uma retirada da libido do que foi perdido, o autor percebeu uma transformação na relação interna com o morto, à medida que a libido era reinvestida no que foi perdido, passando a ser parte do mundo interno da pessoa enlutada.

Quando Freud (2010 [1917] [1915]) afirmou que o trabalho de luto envolvia o religamento a um novo objeto, este poderia ser também o próprio objeto perdido, com quem a pessoa enlutada deveria transformar sua relação interna para a elaboração do luto.

No entanto, compreendeu-se que uma leitura mais literal da obra de Freud sobre o tema luto pôde conduzir a um entendimento reducionista de elaboração do processo como sendo o desligamento do objeto perdido. Esse entendimento trouxe consequências quanto ao que se esperava do enlutado, tanto no âmbito clínico quanto na esfera social. Por essa razão, foi importante que os estudiosos sobre o luto trouxessem para o cenário acadêmico e clínico contemporâneo as discussões que apontavam para outras possibilidades.

No contexto da presente pesquisa, estuda-se o luto, também, a partir da perspectiva da construção de significado (Nadeau, 1998; Neimeyer, 2001), bem como se encontram aqueles pesquisadores que trabalham com a possibilidade de manter vínculos contínuos (Klass, Silverman & Nickman, 1996; Klass & Walter, 2001) com o morto, em oposição à necessidade de desligamento do ente querido, questionando sua função no processo de luto saudável; também a transição psicossocial (Parkes, 1988a) e o modelo do processo dual de luto (Stroebe; Schut, 1999).

O debate contemporâneo sobre a experiência de luto enfatiza os padrões comportamentais, principalmente quando o luto saudável e o complicado são analisados (Franco, 2010). Assim, é possível afirmar que a pessoa em situação de luto pode estar orientada para a manutenção do vínculo com quem morreu — quando está focada no confronto da realidade da perda — e, ao mesmo tempo, oscilar, quando, concomitantemente, desenvolve atividades de reconstrução da identidade (Stroebe; Schut, 1999). Isso representaria, segundo Franco (2010), uma mudança de paradigma para a compreensão do processo de luto: de um padrão genérico, normativo, da medicalização para a subjetividade, pela experiência psicológica. Portanto, outras contribuições de estudiosos sobre o luto e da teoria do apego foram fundamentais para essa compreensão. Discorre-se a esse respeito a seguir.

1.5 A importância de o luto ter sido considerado um processo vivido em fases

Voltando para os estudos de Freud (1984 [1917] [1915]) com relação ao luto, o autor discorre sobre o papel do teste de realidade, no qual, pela passagem do tempo, evidenciaria a perda e levaria o ego à elaboração para liberar a libido do objeto perdido. Embora não fale rigorosamente em fases, Freud salienta a necessidade da vivência do processo, a fim de possibilitar, ao longo de tempo, sua elaboração.

Bonanno (2009) rebate o processo de elaboração do luto proposto por Freud considerando que, para a retirada da libido do objeto, seria necessário rever cada uma das expectativas, memórias, procura e pensamento pelo objeto amado perdido. Por essa razão, instalar-se-ia um caminho neural que fortalece mais ainda as conexões com o morto, em lugar de se desvanecer.

Na área da psiconeuroimunologia, distintos autores concentram a sua atenção na supressão do funcionamento do sistema neuroendócrino após a experiência da perda. Autores como Irwine e Pike (1993), Hall *et al.* (1998) e Hall e Irwin (2001) estudaram o modo como diferentes respostas ao luto, tais como os sintomas depressivos, ansiosos e distúrbios no sono, mediavam as mudanças no sistema fisiológico e afetavam a função imunológica. As alterações no sistema nervoso autônomo, cardiovascular, endócrino e na atividade adrenocortical após uma perda significativa foram, também, amplamente estudadas (Kim & Jacobs,

1993; Biondi & Picardi, 1996; Jacobs *et al.*, 1997; Hall & Irwin, 2001). Paralelamente, Averril e Nurley (1993) e Pickard (1994) dedicaram seus estudos à compreensão da vulnerabilidade na vivência de um processo de luto nos índices de mortalidade.

De um modo geral, os vários estudos concluem que a falta de vontade de viver (suicídio), falta de cuidados sobre si (acidentes, por exemplo), depressão do sistema imunológico (doenças infecciosas) e estilos de vida não saudáveis são observados como consequências diretas da experiência de um luto, sendo estes os fatores explicativos do aumento de mortalidade (Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993; Archer, 1999).

Apesar de o estudo das consequências e fatores de risco num processo de luto fazer-se importante, dada a inevitabilidade do sofrimento associado a uma perda, e a necessidade da prestação de apoio psicológico efetivo a quem procura ajuda (Shaefer; Moos, 2001), a carência de outras perspectivas enviesou as descrições que resultaram no luto, sendo entendido como uma doença (Neimeyer; Harris, 2011).

Assim, com resultados claramente opostos, e motivados pela necessidade urgente de se estabelecer o equilíbrio e enfatizar o leque de reações que podem resultar de uma perda, começou a surgir um conjunto de estudos que revelou a capacidade resiliente de alguns enlutados após uma perda significativa (Weiss, 1993; Stroebe *et al.*, 2001).

Um estudo de McCrae e Costa (1993) demonstrou que, após um período intenso de luto, as pessoas enlutadas retornaram a um nível de bem-estar comparável ao que se encontravam antes da ocorrência do evento, revelando baixos índices de depressão e queixas somáticas. Do mesmo modo, Cleiren (1993), em uma investigação com viúvas, concluiu que algumas delas conseguiram se adaptar à morte do companheiro e revelaram menos solidão, depressão e pensamentos ruminativos acerca da perda. Na mesma linha de ideias, um estudo (Bonanno, 2004) demonstrou que alguns enlutados revelaram uma melhoria nos sintomas de luto e nos índices de patologia geral algum tempo após a experiência de uma perda significativa.

Baseados no modelo de fases do processo de luto preconizado por Bowlby (1981), surge um corpo abrangente de modelos que, do mesmo modo, entendiam o luto como uma progressão sucessiva de estágios rumo à sua recuperação (O'Leary & Ickovics, 1995; Archer, 1999). Bowlby (1981) expressa-se

sobre as fases do luto pela perspectiva evolucionária, pelo comportamento animal, que serviu de fundamento para a compreensão do processo de formação e rompimento dos vínculos afetivos. Ao tratar sobre busca e procura, de desorganização e desespero, a sua teoria foi hegemônica, praticamente, na descrição e na compreensão do fenômeno até o final do século XX.

Porém, Stroebe *et al.* (2008) e Boerner (2017) são críticos com relação à concepção das fases para a compreensão sobre a pessoa em situação de luto, apontando a falta de apoio empírico para sua validade, além de requerer mais inter-relação das variadas expressões do luto do que se reconhece tradicionalmente, tais como choro, negação e tristeza, que eram vistos empiricamente. O risco, segundo os autores, está em avaliar inadequadamente o processo, criando expectativas irreais, causando no enlutado interpretações que deveriam seguir uma sequência que não corresponderia à experiência de perda.

O trabalho de Kübler-Ross (1985) disseminou a ideia de fases para o processo do morrer com um modelo de transição psicossocial de cinco fases, que refletem a tendência dos indivíduos se moverem de uma fase de “relativa ignorância e relutância em aceitar a perda, rumo à conscientização e aceitação” (Parkes, 1993, p. 97), e que, ao longo deste caminho, o enlutado tentaria negociar e expressar a sua raiva. O referente trabalho se trata de uma sequência de fácil memorização, sendo rapidamente aceito e ainda mantido, na contemporaneidade, sem os devidos questionamentos, em ambientes de pesquisa e saúde. Dessa forma, as pessoas e a morte não seriam compreendidas em suas individualidades, pois essa concepção de fases do morrer seria aplicada como regras, segundo Franco (2021).

Posteriormente, a sequência foi descrita de forma semelhante com relação às pessoas em situação de luto e, embora tenha sido contestada, manteve-se a descrição de fases separadas e sequenciais (Kübler-Ross; Kesller, 2005), sendo justificado o seu uso pelo fato de oferecer ao enlutado a noção de ordem para explicar um complexo processo e por manter em vista o término do luto (Hall, 2014).

A experiência clínica mostra um cenário diferente. O enlutado que busca a psicoterapia está ansioso pela sua dor e necessita de uma resposta para organizar essa caótica experiência que, na maioria das vezes, está sendo vivida com sofrimento. Escutar do profissional de saúde que o caminho está descrito e, portanto, previsto pode ajudar na angústia inicial, mas a sequência dos dias mostra

que existem “desvios, atalhos, becos sem saída, vales e montanhas”, que precisarão ser percorridos individualmente e no ritmo permitido do processo (Franco, 2021, p. 76).

Contudo, destacando a relevância do trabalho de Kübler-Ross para a compreensão do processo de morrer, para a postura de ouvir o enlutado e seus familiares e para mostrar às equipes médicas a importância de lidar com a finitude, com o surgimento de novas pesquisas e mudanças sociais e de visões de mundo no decorrer dos anos, autores como Parkes (2013), Stroebe, Schut e Boerner (2017), Corr (2018) e Sauteraud (2018) reconheceram a importância do trabalho da autora, porém expuseram críticas a essa teoria.

Entre as críticas, segundo os autores citados, estão: os estágios do luto foram originados por James Robertson e John Bowlby (1952); não há clareza no livro se os entrevistados passaram por todos os estágios na ordem indicada; não há menção sobre a falta como estado emocional central do processo, negligenciando o que o Bowlby observava sobre o estado de retração no processo de luto; e se trata de um modelo que não considera o indivíduo, bem como o contexto social e cultural do luto, mas segue uma ordem e deixa implícita uma normatividade, sendo, então, substituída por tarefas ou modelos de enfrentamento baseados em processos.

As observações de Bowlby (1990 [1979]) de crianças e adultos enlutados permitiu a ele delinear uma sequência de reações esperadas em resposta à perda de um ente amado. Segundo o autor citado, o luto teria como resposta característica as fases de: torpor ou aturdimento; saudade e busca da figura perdida; desorganização e desespero e, maior ou menor, reorganização. Essas fases foram corroboradas por outros autores que estudaram a fenomenologia do processo de luto (Parkes, 1998a; Bromberg, 1994). Ressalta-se, no entanto, que essas fases não seguem necessariamente uma sequência e deveriam ser compreendidas como padrões de comportamento, e não como fases cronológicas.

Franco (2021) afirma que a teoria do apego explica o movimento das fases, sendo crucial para o seu desenvolvimento. No entanto, mesmo sendo consideradas flexíveis e permitirem a experiência individualizada, existe a crítica de que não favorecem o aprofundamento no que existe de singular para aquela pessoa enlutada. Para além, o enlutado pode não ser visto como primordialmente atuante no processo.

Worden (1998), pensando sobre esse processo, partiu do conceito de fases e estágios do luto proposto por Bowlby (1981) e do modelo de trabalho de luto de Freud (1996 [1917] [1915]) para propor seu conceito de tarefas do luto. O autor citado considerou que estas tarefas permitiriam uma compreensão mais acurada do processo de luto em razão de elas possuírem um caráter mais dinâmico que as fases ou estágios; não precisariam ser cumpridas em uma ordem específica, poderiam ser retrabalhadas e implicariam uma atividade por parte do enlutado no processo de luto, como proposto no modelo de trabalho de luto. São as tarefas:

a) *primeira tarefa*: aceitar a realidade da perda; o que requer a apreensão da realidade de que a morte aconteceu;
b) *segunda tarefa*: o enlutado lidar com o impacto emocional da perda;
c) *terceira tarefa*: supõe a adaptação da pessoa em situação de luto a um ambiente sem o falecido;
d) *quarta tarefa*: reposicionar o falecido na vida do enlutado, encontrando meios de se recordar dele; consiste em encontrar na vida do enlutado um lugar novo e apropriado para o falecido em sua vida emocional — transformando a relação —, reinvestindo-se na vida.

Os conceitos de fases e tarefas não são entendidos como excludentes, mas complementares. As tarefas propostas por Worden (1998) expõem as necessidades do enlutado em cada momento da elaboração do luto, enquanto as fases (Bowlby, 1981) descrevem as reações e emoções vividas pela pessoa em situação de luto ao longo do processo de elaboração. Ambos os conceitos auxiliam na compreensão da vivência emocional do enlutado e, também, para chamar a atenção se a elaboração do luto é possível ou não, em determinado momento.

Walter (1996), Hagman (2001) e Neimeyer (2001) destacam que, embora as tarefas possam atuar como um guia importante para a terapia ou o aconselhamento do luto, nem todas as pessoas em situação de luto passam por essas tarefas e, também, não necessariamente em uma ordem fixa. Stroebe, Schut e Stroebe (2007) afirmam que, nesse caso, as diferenças culturais e individuais precisam ser levadas em consideração, podendo haver diferentes trajetórias de adaptação.

De fato, existe um risco na tentativa de encaixar o enlutado em fases ou nas tarefas que, supostamente, deveriam experienciar, pois isso provocaria uma miopia para as distintas reações a uma perda significativa, nos diferentes indivíduos, contextos e culturas. No entanto, se reflete na presente pesquisa o assunto, pois tais conceitos continuam sendo úteis para a compreensão do luto, desde que se tenha a percepção de que não são conceitos normatizadores do processo de luto, e que a vivência da perda é única e depende dos significados atribuídos pela pessoa em situação de luto e pela sociedade na qual ela está inserida.

O modelo do processo dual de luto (Stroebe; Schut, 1999; 2001a) trouxe uma nova lente para a leitura do processo de luto, que se somou aos conceitos anteriores, permitindo, assim, uma apreensão mais dinâmica do processo. O modelo incorpora o princípio do trabalho de luto, mas sua conceituação é estendida na maneira como a adaptação ocorre: a pessoa enlutada oscila entre o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração. O primeiro movimento se refere a lidar com a perda, centrando-se nela e trabalhando algum de seus aspectos. O segundo movimento inclui realizar tarefas, reorganizar a vida e desenvolver novas atividades sem o ente querido perdido.

Segundo Stroebe e Schut (1999), a oscilação é um processo dinâmico, regulatório, sendo fundamental para o enfrentamento adaptativo, de alternâncias entre o enfrentamento voltado para a perda e orientado para a restauração. Sendo possível, também, ao enlutado confrontar e evitar as tarefas de restauração (Stroebe; Schut, 1999; 2001a).

Destaca-se que as fases e tarefa do luto, propostas por Bowlby (2004c [1973]) e Worden (1998), explicitando as necessidades, reações e emoções vivenciadas pela pessoa enlutada ao longo do processo de elaboração, são compreendidas sob o enfoque do enfrentamento voltado para a perda e para a restauração. Por exemplo, o entorpecimento, que é característico no início do processo, é uma maneira de enfrentamento de evitação aos aspectos da perda. Por outro lado, por exemplo, o choro, o protesto, sonhos com o morto e tentativas de reaver o ente perdido são ilustrativos do enfrentamento voltado para a perda. O investimento afetivo em vínculos novos, interesses em novos projetos são características do enfrentamento voltado para a restauração. A oscilação presente entre as distintas formas de enfrentamento permite compreender o processo dinâmico, não linear do processo.

Mikulincer e Shaver (2008) discorreram sobre um diálogo pertinente entre os conceitos do modelo do processo dual do luto e a teoria do apego. Os autores citados apresentaram que o enfrentamento voltado para a perda demonstraria a hiperativação do sistema de apego — reativação de lembranças do ente perdido, anseio pela proximidade e amor dele, experiência da dor da perda —, enquanto a evitação e o enfrentamento voltado para a restauração estariam relacionados à desativação do sistema de apego — desapego momentâneo da pessoa perdida, supressão e inibição de pensamentos e sentimentos dolorosos. Ainda de acordo com os autores, a oscilação entre as duas estratégias (hiperativação e desativação) seria necessária para que houvesse a reorganização do sistema de apego e a integração da relação perdida em uma nova realidade.

O modelo do processo dual de luto traz à reflexão sobre um processo de continuidade e transformação do vínculo com o ente falecido, como abordado por Klass, Silvermann e Nickmann (1996), quando consideram a experiência de vínculos contínuos no luto.

Os questionamentos acerca de compreender o luto em fases apresentou uma visão que se propõe a explicar o processo para “além desse enquadramento” (Franco, 2021, p. 77), colocando em perspectiva a ideia de um encerramento ou desligamento do objeto amado. Por essa razão, o trabalho de Klass *et al.* (1999) abordou o conceito de vínculos contínuos.

Os vínculos contínuos, segundo Klass *et al.* (1999), são parte de um processo de luto que possibilita a permanência da relação com o ente falecido, não da mesma forma como antes do falecimento, mas sim o enlutado transformaria o relacionamento, no sentido de uma continuidade, mantendo um vínculo contínuo por toda a vida. A condição necessária para tal é de que a pessoa em situação de luto esteja consciente de que a morte aconteceu e de que ele pode fazer a reconstrução do seu vínculo com o falecido de maneira que não impeça sua adaptação à perda.

Essa continuidade deve ser observada como o desenvolvimento de uma nova relação, sendo uma construção de uma representação interna do ente querido, substituindo a presença física em um laço de afeto e memórias. Porém, segundo Field e Filanosky (2010) e Kosminsky (2018), faz-se importante perceber que o fator crítico para que o vínculo seja compreendido como adaptativo ou não adaptativo será o grau em que o enlutado expressará o reconhecimento e a incorporação da morte em sua vida após a perda significativa.

Franco (2021) afirma que os vínculos contínuos, entendidos como um processo de luto, pela possibilidade da construção de significados, não devem ser considerados uma reação anormal no enlutado, como se estivesse ignorando a realidade da morte. Os vínculos contínuos, segundo a autora citada, exigem da pessoa enlutada que aceite a morte do ente querido e busque maneiras para construir a memória desse falecido. Dessa forma, tal vínculo encontra um lugar na biografia do enlutado para ser ocupado pelo ente querido, um lugar único e próprio daquela relação, com significado particular.

Manter o vínculo com o ente amado, equilibrar as orientações para a perda e para a restauração, bem como construir significados após uma perda, segundo Calhoun e Tedeschi (2004), são elementos que favorecem o crescimento pessoal da pessoa em situação de luto, possibilitando a construção de um sentido na vida e se reconciliar com ele. Porém, alguns fatores podem trazer complicações com relação ao luto de uma pessoa, tais como as características da perda, destacando-se para o inesperado das situações violentas e traumáticas, se o falecimento ocorreu após um longo período de adoecimento, a morte de um filho e se existe a percepção do enlutado de que o óbito poderia ter sido evitado (Rando, 1993; 2013; 2016; Worden, 2013).

O surgimento da pandemia da covid-19 no ano de 2020 — com mortes súbitas, múltiplas e em massa, nunca registrado — trouxe para o cenário do luto um aumento na demanda por cuidados psicológicos e no desencadeamento de transtornos psiquiátricos a partir do trauma vivido. A perda decorrente da pandemia causou nos enlutados a sensação de impotência pela não oportunidade de acompanhar seu(s) ente(s) querido(s) nos momentos de adoecimento e morte, além do impedimento da participação nos ritos fúnebres, importantes para a concretude da morte. Houve, também, a ausência de redes de apoio, obrigando a pessoa enlutada a vivenciar suas perdas isoladamente.

Essas limitações reduziram as oportunidades de confrontar a realidade da morte, expressar os sentimentos, evocar conjuntamente lembranças do falecido e a vivência do sofrimento com outras pessoas do convívio social do morto (Crepaldi *et al.*, 2020), tornando o luto pela covid-19, por suas características, um luto complicado.

1.6 O luto complicado

O luto complicado, nomeado inicialmente luto patológico (Freud, 1917; Bowlby, 1973), é considerado o processo de luto que não teve seu curso bem-sucedido, isto é, a perda não pôde ser elaborada de uma forma satisfatória pelo enlutado.

Rando (1993) considerou o termo “luto patológico” inapropriado, por entender ser um termo que repetiria o modelo médico e por fazer uma diferenciação inflexível entre o que seria considerado normal e não normal. Por essa razão, ela propôs o termo “luto complicado” para as situações em que o luto não pôde seguir seu curso da maneira esperada, tal como foi o caso de lutos pela covid-19.

Antes de seguir com o tema, para fins acadêmicos, faz-se importante apresentar uma importante distinção entre o luto complicado e o transtorno do luto prolongado. Segundo Rando (1993), Mazorra (2009), Franco (2010) e Silva (2019), a escolha do termo *luto complicado* foi feita por compreender que o processo de luto tem como influência diversos fatores, sendo preciso avaliar as reações da perda, assim como o contexto em que ela ocorreu. O luto é considerado complicado quando há dificuldade em um dos seguintes processos: reconhecer a perda; reagir à separação; recordar e reexperimentar a relação com o morto; abandonar antigos apegos com relação à pessoa que morreu, bem como a seu mundo presumido, e adaptação ao novo mundo ou reinvestimento.

Prigerson (2004) compreendeu que, para conceituação de luto complicado, existiam sintomas específicos que persistiam por seis meses, independentemente de quando esses seis meses ocorriam, tais como: fome que não pode ser saciada, anseio crônico e persistente, sensação de mágoa intrusiva e disruptiva diariamente, preocupação com a tristeza e o arrependimento a respeito da perda e senso de desconexão com relação a pessoas das quais o enlutado estava próximo antes da morte, o que pode levar ao isolamento. A autora citada afirma que o luto complicado tende a ser um estado de estagnação, mergulho na autopiedade e tristeza pela perda.

Boelen e Prigerson (2007) observaram que, após uma perda significativa, uma parte dos enlutados desenvolvia sintomas debilitantes e persistente incapacidade funcional. Esses indivíduos apresentavam experiências de dificuldade de ajustamento, essencialmente por estarem fixados num estado de luto crônico (Prigerson, 2004). Grande parte da angústia mental decorria de um protesto

psicológico contra a realidade da perda e uma relutância geral em fazer adaptações para a vida na ausência do ente querido, pela incapacidade de elaborar as recordações, memórias, lamentações e sentimento de culpa (Chiambretto; Moroni; Guarnerio; Bertolotti, 2008). Para além disso, existem importantes implicações do luto sobre a saúde mental do enlutado, estando na origem da depressão, ansiedade, desespero, descrença e anestesia emocional (Bowlby, 2004 [1961]). Os efeitos adversos sobre a saúde física do enlutado incluem o prejuízo temporário da imunidade corporal, aumento no número de consultas médicas, hospitalizações, cirurgias e o aumento da taxa de mortalidade da população em luto, quando comparadas à população em geral, segundo estudos de Parkes (1998b).

Todavia, tornou-se consensual, entre os pesquisadores sobre o luto, que, entre os extremos de uma reação de luto adaptada, isto é, saudável, não merecedora de intervenção terapêutica, e as síndromes psiquiátricas, existe uma população intermediária de enlutados que apresentará sintomas de luto complicado, ou seja, indivíduos que precisarão de tratamento que os alivie dos intensos e deletérios sintomas emocionais causados pela perda. Portanto, o conceito de luto complicado ganhou reconhecimento como uma perturbação psicológica distinta, que se distancia das manifestações saudáveis de luto (Prigerson, Maciejewski & Reynolds, 1995; Prigerson, Shear & Bierhals, 1997; Prigerson, Shear & Jacobs, 1999).

Após estudos e pesquisas, os conceitos de luto complicado e luto prolongado foram diferenciados. Os critérios resultaram de um consenso entre a evidência empírica e um painel de peritos em luto, representando o culminar de vários anos de estudo para a documentação clínica do transtorno de luto prolongado como uma entidade nosológica distinta. A avaliação da severidade das manifestações de luto permite evitar que se rotule como patológica uma reação natural do luto e, por outro lado, favoreceu o reconhecimento do sofrimento e da necessidade de garantir o suporte terapêutico para um melhor ajustamento à situação de perda. A investigação revelou a utilidade dos critérios de diagnóstico definidos pelo transtorno de luto prolongado como indicadores de complicações no luto (Prigerson; Vanderwerker; Maciejewski, 2007).

Foi demonstrado, nesses estudos, que os enlutados que cumpriam os critérios de diagnóstico de transtorno de luto prolongado no período de seis a doze meses após a perda aumentaram o risco de consumo de álcool e/ou drogas e

distúrbios de sono em relação aos indivíduos que não cumpriram os critérios no mesmo período após a morte de um ente querido. A validade dos sintomas de transtorno de luto prolongado surgiu reforçada pela associação com elevados níveis de ideação suicida, distúrbios funcionais, hipertensão, incidência de câncer, redução da qualidade de vida nos adultos, doenças cardíacas e maior número de hospitalizações (Prigerson, Shear & Bierhals, 1997; Holland *et al.*, 2009; Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

Dessa forma, após a conceituação, foi definido o Transtorno de Luto Prolongado como: um estado de luto crônico, persistente por seis meses ou mais, com angústia de separação intensa e intrusiva, e pensamentos emocionalmente perturbadores sobre o ente falecido, com a sensação de falta de sentido, dificuldade em aceitar a perda e deficiência funcional, segundo Holland *et al.* (2009), sendo inserido no DSM-V-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2023).

Ressalta-se que não é favorável considerar esse diagnóstico a única forma de luto complicado, o que não foi a intenção dos pesquisadores, ao desenvolver os estudos sobre o tema (Rando, 2016). Por essa razão, esta pesquisa seguirá a proposta de Rando (1993, 2013, 2016) naquilo que se refere a uma definição mais abrangente a respeito do luto complicado; requerendo um olhar amplo para o luto, considerando os significados do termo, reconhecendo as questões culturais e espirituais presentes no processo, assim como fatores complicadores e de proteção, de maneira que haja na avaliação um olhar psicossocial que abranja as múltiplas influências sobre o luto para cada pessoa enlutada (Rando *et al.*, 2012).

Shear e Shair (2005) afirmam que o luto é uma experiência perturbadora, com um período doloroso e agudo, no qual uma pequena parte dos enlutados vivencia de uma maneira diferente, experimentando um luto complicado prolongado e prejudicial. As autoras apontam que, no luto complicado, há um congelamento do processo dinâmico do luto, sem movimento oscilatório entre luto e restauração (Stroebe; Schut, 1999), pensamentos ruminativos, evitação prolongada, desinvestimento social, comportamento de risco e abusivo, empobrecimento de emoções positivas, repercussões psicossomáticas, dificuldade de autorregulação emocional e ausência de relações significativas.

1.7 As diversas formas de luto complicado

a) Luto crônico

O luto crônico é reconhecido quando, anos após a perda, o enlutado ainda se ocupa com recordações do falecido, sofrendo intensa e profundamente, apresentando alterações significativas, tais como agitação e agressividade, com qualquer lembrança do falecido (Parkes, 1998a). De um modo geral, o enlutado tem a percepção de que não está conseguindo integrar o seu luto e o seu processo se mantém estático no tempo, prevalecendo sentimentos de choque, confusão, atordoamento, assim como uma intensa dor emocional, revolta, amargura, culpa e percepção de que a vida não tem sentido (Albuquerque *et al.*, 2021).

Durante anos, o enlutado tende a não conseguir prosseguir com o seu dia a dia ou investir em atividades que lhe deem prazer ou em novas relações significativas, evidenciando uma interrupção ocupacional e social (Prigerson *et al.*, 2009; Barbosa, 2016).

O contato com o sofrimento é frequente, mas não é atribuído necessariamente para a elaboração da perda. As memórias passadas frequentes, os rituais de recordações e as excessivas manifestações de saudade e tristeza podem contribuir para o mecanismo de manutenção da relação com o morto que dificultam o confronto com a realidade da perda (Barbosa, 2016; Arantes, 2016).

Encontra-se, também, a ambivalência relativa ao alívio da saudade e da tristeza, como se tal sensação fosse uma deslealdade ou uma afronta com relação à pessoa perdida, isto é, com o sofrimento, o enlutado tem a ideia de que mantém o ente querido na vida dele. Por essa razão, o luto crônico está associado a uma maior dependência na relação anterior com o ente falecido e a dependência interpessoal dessa relação (Bonanno *et al.*, 2002). Sobre isso, Parkes (2009) afirma que o apego ao falecido é um forte determinante para as reações problemáticas ao luto. Dois tipos de apego provocam dois tipos distintos de reações problemáticas. São elas: 1) a relação de dependência, que indica a possibilidade de luto crônico; e 2) a relação ambivalente, que indica a possibilidade de luto conflituoso.

O luto crônico foi definido por Bromberg (2000) como um luto com predomínio de tensão, inquietação, ansiedade, insônia e sintomas de identificação; e, por Parkes (2009, p. 40), como o luto que, desde o início, é intenso e que permanece por um longo período. É diferente do tipo “conflituoso”, pois este em geral, demora mais a se instalar, atingindo seu ponto alto algum tempo depois do falecimento, e tem como complicadores os sentimentos de culpa e/ou raiva.

b) Luto adiado ou inibido

Trata-se do prolongamento do tempo de entorpecimentono luto ou até da falta de reconhecimento do entorpecimento. Enlutados que têm seu luto adiado não apresentam as sensações e sentimentos frequentemente causados pelo luto; é como se o enlutado se fixasse em uma falsa sensação de que tudo permanece igual, ou seja, como era antes da perda.

Em situações de luto inibido, segundo Payás (2010) e Barbosa (2016), não se encontra, aparentemente, uma interrupção significativa no funcionamento geral e rotinas, e as expressões de luto são suprimidas pelo enlutado. Porém, pequenos acontecimentos poderão desencadear reações intensas no indivíduo. Estes enlutados apresentam, com frequência, pensamentos intrusivos, sintomatologias físicas, tensão muscular e emocional, perturbações no sono, sentimentos de angústia, irritabilidade, impotência, agressividade, solidão, dificuldades de relacionar-se, isolamento e desconcentração no trabalho. Podendo, também, surgir depressão e ansiedade sem ter a percepção de um evento iniciante. Podem-se encontrar descrições relacionadas com este luto, como luto latente, adiado ou mascarado, devido a sintomas físicos e comportamentais, como a delinquência (Worden, 2018).

A importância da relação com o morto e o impacto emocional da perda são frequentemente minimizados e reduzidos. A pressão social para a rápida recuperação influencia o foco exclusivo em continuar a funcionar, e sentir a perda pode ser considerado demasiado e avassalador. A vulnerabilidade é sentida pelo enlutado como insuportável, ocasionando que as pessoas ao redor do indivíduo não consigam acolher a sua tristeza, por exemplo. E, por essa razão, frequentemente, o enlutado tem a percepção da ausência de apoio social ou de validação e legitimação das suas necessidades (Albuquerque *et al.*, 2021).

c) Luto não reconhecido

O conceito desenvolvido por Doka (1989; 2002), psiquiatra norte-americano, é empregado quando o enlutado experiencia uma perda que não pode ser admitida abertamente, o luto não pode ser expresso ou socialmente suportado.

Doka (2002) afirma que o não reconhecimento pode acontecer quando a sociedade inibe o luto, estabelecendo normas explícitas ou implícitas acerca de por quem, onde, como, quem e quando se enlutar. Por consequência, essas regras negam o direito de enlutar-se às pessoas cujos relacionamentos e perdas são considerados insignificantes ou apresentam capacidades insignificantes de se enlutar (Casellato, 2015). Contrariamente ao suporte que é necessário aos enlutados, tais indivíduos são isolados perante um silêncio tácito, em resposta a sua dor e/ou a sua forma de expressá-la.

Segundo Attig (2004), o não reconhecimento seria o resultado de um fracasso social em dimensões diferentes. De uma forma mais profunda, o autor destaca não somente o fracasso da empatia, mas, também, o fracasso político, que envolve o abuso de poder e a negligência severa que, por consequência, leva a se considerar o fracasso ético no respeito à pessoa em situação de luto, tanto no que se refere ao seu sofrimento como aos seus esforços para superar e ressignificar a vida após a perda.

Neimeyer e Jordan (2002) retrataram o não reconhecimento como quebra ou falha da empatia, relacionada ao reconhecimento individual e na relação com o outro (família, comunidade e/ou demais relações), ocasionando a necessidade de o enlutado reconhecer o que lhe foi desautorizado como autoaceitação, para que haja a construção de significado e, dessa forma, a narrativa da perda seja (re)construída nesse processo, possibilitando um caminho mais coerente para o enlutado, e, assim, receber o apoio social.

De uma forma mais contundente, Attig (2004) afirma que o não reconhecimento não é uma simples questão de indiferença às experiências ou aos esforços do enlutado, mas é ativamente destrutivo ou negativo, porque envolve

interferência, negação e imposição de uma sanção. Segundo Casellato (2015), mensagens de não reconhecimento desprezam, desaprovam, desconsideram, deslegitimam e invalidam ativamente os esforços e experiências do enlutado.

O luto não reconhecido, segundo Casellato (2018), é um fenômeno psicossocial que desafia a legitimação do sofrimento humano frente a uma perda e acontece quando não há expressão pública, em situações em que o próprio enlutado nega ou banaliza a experiência; quando o indivíduo experiencia a banalização ou censura dentro do âmbito familiar e/ou pela comunidade — amigos, colegas de trabalho ou grupo religioso que frequenta, por exemplo.

Quando o luto é negado pela sociedade, este processo é vivido da mesma forma no nível intrapsíquico, regido por sentimentos de raiva, culpa, vergonha e medo; podendo ser acionados por perdas posteriores, assim como ocorrem em situações de lutos adiados e inibidos, ou, ainda, nestes casos, as tarefas de luto, descritas por Worden (1998), não são finalizadas, caracterizadas pelo processo de luto crônico; a vida do enlutado fica estagnada e o seu desenvolvimento emocional se torna comprometido. As reações do luto ficam mascaradas e se manifestam por meio de sintomas psicológicos, comportamentais e físicos (Casellato, 2005; Rosa & Couto, 2015).

d) Luto traumático

Experiências de perdas inesperadas, súbitas e violentas desafiam a concepção de mundo como um lugar justo, com uma ordem e uma previsibilidade. A segurança, com este tipo de experiência, considerada intensa e avassaladora, fica destruída, predominando no indivíduo sentimento de impotência, falta de controle, desamparo e vulnerabilidade (Janoff-Bulman, 1992; Neimeyer, 2001), pois ultrapassa a capacidade de adaptação da pessoa e esgota seus recursos.

Envolve sensações de atordoamento, descrença, embotamento afetivo, distress — sentimentos variados e intensos que impactam no funcionamento geral do indivíduo — e acentuados sentimentos de culpa e raiva. Quando o evento traumático é evocado pelo enlutado, torna-se insuportável, causando emoções intensas e imprevisíveis, frequentemente acompanhadas de intensa reatividade fisiológica; as recordações e imagens do acontecimento são intrusivas, porém o indivíduo não consegue evitar (Grégio *et al.*, 2015; Merhy *et al.*, 2019). Por essa

razão, surgem dificuldades de concentração e alterações de apetite ou do sono, tais como sonhos perturbadores (Gabriel; Paulino; Baptista, 2021). A vida é percebida como vazia e sem significado e, geralmente, há um grave comprometimento funcional no dia a dia do enlutado (Jacobs *et al.*, 2000).

Prigerson e Jacobs (2010) apontam que os sintomas de luto traumático se encaixam em duas categorias: 1) sofrimento pela separação e 2) sintomas de perturbação traumática. A primeira categoria se refere à preocupação com o morto, que se manifestam em memórias perturbadoras sobre ele, uma intensa busca pelo falecido, saudade e solidão após a perda. A segunda abrange sentir descrença com relação à morte, falta de confiança, raiva e desapego com relação à morte, o choque da perda e a experiência de sintomas somáticos do falecido.

Segundo Prigerson e Jacobs (2010), a denominação *luto traumático* é preferível por considerarem a terminologia *luto complicado* abrangente demais. Privilegiam destacar o trauma desse tipo de luto como sendo trauma de separação, junto com o sofrimento relacionado ao trauma, e distinguem as reações de luto saudável das do luto traumático. Os autores mencionam, também, que a busca por lembranças de quem morreu ou a hipervigilância estaria relacionada à busca de pistas do ente perdido.

Porém, na pesquisa feita por Silva (2019, p. 245), foi constatado que, no luto traumático, as memórias dolorosas não são adaptadas à rede neuronal, “de forma que pudessem surgir as lembranças positivas que permitem o surgimento de uma representação interna de quem morreu, numa menção à continuidade do vínculo, amenizando, assim, a saudade”.

Segundo Parkes (1998b), existem dois tipos de reações de luto complicado. São elas: 1) a tendência ao prolongamento do período do pesar e 2) a tendência ao adiamento da reação ao luto. Rando (1993) acrescenta a essa afirmação que, em todas as formas de luto complicado, a pessoa enlutada tenta realizar duas coisas: a) reprimir/evitar ou negar os aspectos da perda e b) evitar o desligamento do ente perdido.

A respeito das complicações do processo de luto, pode-se pensar que as reações de luto complicado apresentam dois possíveis destinos. São eles: o processo pode dar-se de modo diverso do esperado ou não se apresentar (Bowlby, 2004 [1973]; Rando, 1993; Parkes, 1998b).

No luto inibido, o enlutado não vivencia o pesar após uma perda significativa. Em razão da atuação de mecanismos de defesa, a pessoa não pode experienciar o processo depressivo em que consiste o luto, entrar em contato com a dor e com a perda. Já no luto crônico existe a possibilidade de transformar a relação com o ente perdido, transformar a identidade e se reorganizar (Mazorra, 2009). No entanto, estas expressões inibidas podem ser ativadas na sequência de perdas posteriores e serem exteriorizadas de maneira exacerbada (Payás, 2010; Barbosa, 2016; Albuquerque *et al.*, 2021; Rangel, 2022).

No luto complicado, os mecanismos de defesa atuam com grande intensidade e prematuramente, na intenção de proteger o ego da dor imaginada ou a dor que realmente é insuportável e ameaça sua integridade. Mesmo os processos de luto adiado/inibido e o luto crônico serem aparentemente diferentes, ambos são uma tentativa de manter a relação do enlutado com a pessoa perdida sem transformação, impedindo, assim, a elaboração da perda (Mazorra, 2009; Vasconcelos, 2010).

1.8 O luto e a covid-19

No ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como pandemia o alastramento de uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus (2019-nCoV), que se apresentou como altamente virulento e ameaçador da vida.

As mortes pela doença causadas pelo novo coronavírus (covid-19) foram especialmente angustiantes e violaram as expectativas culturais de uma morte pacífica, pois envolveram a consciência do sofrimento dos entes queridos e atingiram níveis elevados de sofrimento agudo (Silva *et al.*, 2022). O sofrimento agudo é um dos preditores mais consistentes de complicações para o processo de luto (Eisma *et al.*, 2020). As circunstâncias, o contexto e as consequências dos milhares de óbitos ocorridos pela doença também compreenderam fatores de risco que elevaram as taxas de luto complicado (Carr *et al.*, 2020; Stroebe; Schut, 2021b).

Segundo Franco (2021), novos questionamentos sobre o luto foram impostos pelo surgimento da pandemia da covid-19. Afinal, o luto vivenciado no mundo alcançou proporções nunca imaginadas, num mundo em que todos, inclusive os profissionais de saúde, estavam ameaçados.

Os autores Gesi *et al.* (2020) apontaram que, até a chegada da covid-19, não existiam estudos para avaliar os possíveis complicadores no processo de luto de uma pandemia e, assim como em situações de desastres, o contexto da pandemia teve características de um evento traumático em massa, colocando a vida da população mundial em risco de morte, trazendo para o cenário diferentes tipos de perdas simultaneamente.

Tratou-se de um complexo processo de perdas coletivas, súbitas, inesperadas. Além disso, em milhares de famílias, aconteceram mortes múltiplas, pois vários membros foram infectados e mais de um não sobreviveu à doença. Acrescentando a perda de amigos, vizinhos e colegas de trabalho inesperadamente e num pequeno intervalo de tempo. A transição psicossocial desencadeada pelas mortes por covid-19 comportou disfunções simultâneas, emergindo de uma inter-relação complexa dos processos sociais, psicológicos e culturais, cujas implicações não foram claras para os enlutados que vivenciaram. Houve resistências (Crepaldi *et al.*, 2020; Franco, 2021), que são frequentes nos processos de grandes mudanças, surgindo, por essas razões, três demandas para as pessoas em situação de luto: o suporte emocional, a proteção durante o período de desamparo e a assistência para construir novos modelos de mundo que fossem adequados para a situação emergente e traumática. A discrepância, no período pandêmico, entre o mundo que era e o que deveria ser se tornou inegável.

O luto pela covid-19, afirmado por Franco (2021), pode levar um maior tempo para ser elaborado, considerando essas circunstâncias e as incertezas dos processos. Segundo Rezende (2022) e Pallottino *et al.* (2022), embora o luto pela covid-19 aponte para possíveis complicações, estratégias de cuidados foram aprimoradas e habilidades de resiliência foram desenvolvidas para o enfrentamento da situação.

1.9 As perdas sofridas frente à pandemia

A pandemia de covid-19 trouxe consigo não apenas uma crise sanitária sem precedentes, mas também um impacto profundo e invisível nas estruturas emocionais de milhões de indivíduos no mundo (Farinatti, 2021). Enquanto os noticiários se importavam com as estatísticas de infecções e mortes, outro fenômeno ocorria em silêncio: o luto, fosse ele concreto ou simbólico. A perda de entes

queridos, de rotinas, de segurança e de um senso de normalidade deixou marcas indeléveis na saúde mental da população mundial (Azevedo *et al.*, 2023).

O luto pandêmico se apresentou de formas múltiplas e complexas, pois a dor de perder alguém amado foi exacerbada por circunstâncias atípicas, tais como funerais adiados, despedidas à distância e o isolamento social imposto pelas medidas sanitárias (Dos Santos *et al.*, 2024). Esse distanciamento físico impediu que os indivíduos vivessem seus lutos das formas tradicionais, privando-os do conforto e do apoio comunitário essenciais para o alívio da dor da perda (Da Silva Costa, 2024). Como resultado, o luto se tornou um fardo, em meio ao caos que se seguiu na pandemia, sendo internalizado e não reconhecido pelo mundo exterior.

Para além das perdas humanas, o luto pandêmico também abarcou a perda de aspectos menos tangíveis, porém igualmente significativos, da vida cotidiana (Moreira, 2021). Os indivíduos lamentaram a perda de empregos, oportunidades, conexões sociais e até mesmo da própria identidade. A interrupção abrupta e prolongada das atividades diárias levou a uma crise existencial, questionando o propósito e o sentido em um mundo repentinamente transformado (Alves, 2023). Houve o luto pela vida antes conhecida, o que contribuiu para um aumento significativo dos casos de ansiedade, depressão e outras condições de saúde mental da população.

Os profissionais de saúde mental enfrentam o desafio de diagnosticar e cuidar dos pacientes que, segundo Da Silva *et al.* (2024, p. 15), apresentam “emoções complicadas”, bem como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A compreensão das múltiplas facetas do luto na pandemia faz-se essencial para oferecer o suporte adequado. É preciso reconhecer que o luto, nessa nova realidade, é, sim, multifacetado e requer abordagens terapêuticas sensíveis e adaptativas, não se tratando apenas de lidar com a perda de vidas, mas também no apoio aos indivíduos em reconstruir um sentido de normalidade em um mundo onde tudo se transformou (Alves, 2023).

Ao longo deste processo, os serviços de saúde limitaram ou proibiram os pacientes infectados com a covid-19, ou não, de receberem visitas, o que foi sentido pelos familiares e amigos, que não puderam partilhar os últimos momentos ou despedir-se de seu ente querido, sentimentos de angústia e culpa (Moore *et al.*, 2020; Worden, 2013). Os sentimentos de angústia e culpa contribuem para uma

preocupação ruminativa com a morte, fato que acentua fatores de risco na sintomatologia de luto complicado (Niemeyer & Lee, 2021; Mohammadi *et al.*, 2021).

Para além disso, o afastamento físico, bem como a diminuição drástica de contato com o familiar internado, durante a pandemia, contribuiu para um sentimento de distância emocional que concorreu para um aumento de insegurança no indivíduo em relação aos cuidados de saúde prestados ao ente querido, bem como o falecimento dele sozinho, envolto ao sofrimento, o que causou nos familiares e amigos: dor, revolta e sentimento de desamparo (Niemeyer & Lee, 2021; Mohammadi *et al.*, 2021), pois as imagens perturbadoras e intrusivas do ente querido nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) teve impactos traumáticos e desafiou a crença do mundo presumido como sendo um lugar seguro, justo e de futuro previsível (Neimeyer; Lee, 2022), criando um forte sentimento de impotência no indivíduo.

Por essas razões, no intuito de fornecer um suporte e apaziguar o desconforto dos familiares, foram criadas estratégias em alguns hospitais, tais como a disponibilidade de materiais eletrônicos, como *iPads* e celulares, para que os pacientes contatassem seus familiares por meio de vídeochamada. As entregas de objetos, gravações com orações/cânticos ou mensagens de afeto foram ações recomendadas como formas de apoio, também, com relação a pacientes internados que estavam inconscientes (Yardley & Rolph, 2020; Peuker & Modesto, 2020).

Estas medidas visaram aos efeitos do distanciamento, na tentativa de prevenção dos efeitos adversos — luto complicado, TEPT ou depressão — com relação ao luto naquele difícil cenário. Porém, mesmo com as circunstâncias da morte — súbita e inesperada — e a dificuldade em receber o apoio social adequado, dificultando a evolução normativa do luto com consequências negativas para a saúde física e psicológica do enlutado (Neimeyer; Lee, 2022), essas estratégias antecipadas de apoio por parte dos profissionais de saúde e psicólogos com contatos on-line foi um fator de proteção importante para o momento pandêmico.

A pandemia veio de uma forma avassaladora, atropelando a falta de organização e realização dos rituais funerários e de despedidas das famílias. Exemplo disso foi a abertura de valas comuns nas cidades mais impactadas pela pandemia, devido à incapacidade dos serviços funerários de atenderem o alto número de óbitos, em curto tempo, causados pela doença, impactando a população com um cenário de enterros coletivos, a céu aberto. Para além desse fato, nas

cidades onde o serviço funerário teve a capacidade de atender às demandas de enterros e velórios, a facilidade do contágio pelo vírus impossibilitou que esses eventos acontecessem com mais de dez indivíduos e com duração de somente de uma hora ou menos.

Os procedimentos no tratamento do corpo do falecido, como o uso de saco de plástico impermeável para evitar o contágio (Aguiar *et al.*, 2020), e a não visualização do corpo morto foram relacionados à desumanização e ao desrespeito pela dignidade do ente querido, causando dúvidas com relação à identidade do falecido, sentimentos como raiva, além da sensação de injustiça, o que favoreceu, entre a população, pensamentos ruminantes sobre a morte (Testoni *et al.*, 2021; Cardoso *et al.*, 2020; Schimitt, 2023).

Por essa razão, surgiram novos modos de se despedir dos entes queridos. Em alguns lugares, foram organizados os chamados “velórios virtuais”, orações por aplicativo e grupos de apoio on-line: como o *Facebook, Instagram e Whatsapp*. A expressão do luto pôde acontecer por meio da criação de páginas, grupos e *posts*. Foi uma alternativa para avisos informativos, para a preservação da memória e como forma de homenagem. Dessa forma, alicerçaram-se conexões emocionais, mesmo sem o contato físico (Milléo, 2020).

Outra possibilidade foram os ritos alternativos. Algumas igrejas ofereceram orações, missas e velórios remotos e alguns países criaram minutos de silêncio, hasteando a meio mastro as bandeiras nacionais como forma de respeito às vidas perdidas. Também se saudavam veículos de funerárias pelas ruas e ocorreram aplausos em frente aos hospitais (Crepaldi *et al.*, 2020; Morel, 2021).

A espiritualidade foi uma das formas poderosas de lidar com contextos de perda, cabendo o respeito pela tradição de cada indivíduo e descobrindo as possibilidades de cada uma delas na situação adversa, tais como os diálogos com os representantes religiosos ou os irmãos de fé.

Para além disso, foi a importância de cartilhas e orientações desenvolvidas por psicólogos, de forma a amenizar os desequilíbrios oriundos da falta de um luto adequado em tempos desta pandemia. Entre as orientações, as famílias poderiam criar estratégias adaptadas, em razão de as despedidas presenciais estarem impossibilitadas. Como sugestão, poderia ser colocada uma fotografia:

> da pessoa falecida no caixão ou no espaço de velório e estimular que sejam proferidas mensagens verbais e escritas, bem como cantadas ou reproduzidas músicas consideradas significativas para aquele que morreu e para os membros da sua rede socioafetiva. Quanto às estratégias remotas de despedida, sugere-se a realização de rituais individuais, como acender uma vela em uma janela, e rituais coletivos, envolvendo incentivo à rede socioafetiva para expressar seus sentimentos por meio de telefonemas, cartas, mensagens de texto e áudio. Salienta-se também a criação de memoriais on-line, em que familiares, amigos e outras pessoas manifestam suas condolências e compartilham pensamentos sobre o falecido (Crepaldi *et al.*, 2020, p. 8).

Era possível diversas respostas criativas, em meio a um silêncio doloroso da perda de alguém querido.

Apesar de a maioria dos estudos que descrevem o impacto no luto durante a pandemia incidir o seu foco nas consequências negativas, alguns autores (Aoun, 2020; Derkx *et al.*, 2020; Walsh, 2020) salientaram o desenvolvimento da resiliência e da criação de novos sentidos para os indivíduos frente às circunstâncias adversas, tais como a procura de soluções para sobreviver ao vírus, impelindo os profissionais de saúde e a população em geral a elaborarem novas estratégias, elevando, dessa forma, os níveis de resiliência, uma vez que necessitavam se adaptar a uma nova realidade (Siswadi *et al.*, 2023).

Em outros casos, o distanciamento pode ter contribuído para o reforço positivo nas questões da saúde mental de pais e crianças por meio de atividades conjuntas e no desenvolvimento de novas formas de lidar com os problemas do dia a dia. Outros indivíduos conseguiram adequar os seus tempos de descanso, assim como adotaram estilos de vida mais saudáveis durante e após a pandemia (Zhang; Ma, 2023).

Os meios alternativos de comunicação colocados ao dispor de familiares e doentes ajudou a minimizar a ausência física durante o período de internação, da despedida e do funeral. Ajudaram, igualmente, a proporcionar consultas on-line e apoio psicológico, em situações decorrentes de perda e luto durante a pandemia (Selman *et al.*, 2020).

Ante o exposto, a perda maciça de vidas, associada a notícias e lembranças constantes acerca da morte, o isolamento social que limitou o acesso ao suporte social de amigos e familiares, a limitação de visitas e de informação do estado de saúde do familiar hospitalizado, as circunstâncias da morte e a ausência de rituais fúnebres provocaram maior sofrimento psicológico no indivíduo e contribuiu para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, como

ansiedade e depressão; levando a um maior risco de luto complicado (Gabriel & Paulino, 2020; Kentish *et al.*, 2021; Neimeyer & Lee, 2022).

Para além dessas questões, a pandemia afetou no Brasil, inicialmente, os indivíduos com mais alta renda, pois sua entrada e a disseminação inicial deram-se pelas grandes cidades brasileiras, especialmente as que possuíam aeroportos internacionais, mas experimentou intenso e rápido processo de “periferização”, espalhando-se rapidamente para as regiões periféricas das capitais e regiões metropolitanas, marcadas por precárias condições de moradia e alta vulnerabilidade social (Burki, 2020; The Lancet, 2020; Morris, Moment & Thomas, 2020).

Uma parcela significativa da população brasileira encontra-se em situação de vulnerabilidade, excluída do acesso a direitos básicos (Mellan *et al.*, 2020; Freire *et al.*, 2020; Cunha *et al.*, 2021). De acordo com os autores Costa, Rizzotto e Lobato (2020) e Rocha, Barros, Oliveira e Almeida-Junior (2023), em países como o Brasil, caracterizados por alta densidade populacional e extensa dimensão territorial, e considerando seus entes subnacionais (estados e municípios), que enfrentaram ondas epidêmicas de forma assíncrona, com variações temporais e geográficas na distribuição de casos e óbitos por covid-19, necessitam de pesquisas, pois são fundamentais para o entendimento do enfrentamento de uma pandemia, desempenhando um papel estratégico na organização de políticas públicas, incluindo aquelas voltadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Como veremos no capítulo a seguir.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE BRASILEIRA

Como visto no capítulo anterior do presente estudo, a pandemia de covid-19 causou uma grande alteração na vida da população mundial em várias dimensões: social, econômica, laboral, entre outras (Fagundes *et al.*, 2020; Chidiebere, Tibaldi & La Torre, 2020). Para evitar o contágio da doença, foram anunciadas medidas de confinamento: quarentenas, *lockdowns*, bem como restrições à locomoção da população. Estudos, viagens, lazer e trabalhos foram alterados de forma significativa, causando medo, incertezas e ansiedade, que interferiram, também, na oferta de cuidados médicos, com prejuízos à saúde física e mental da população mundial. Para além disso, as desigualdades na oferta de cuidados médicos para uma parcela mais vulnerável da população foram acentuadas (Kovács, 2022).

O mundo, com o surgimento da pandemia, esteve diante de uma crise socio-sanitária que intensificou, de forma simultânea, uma crise humanitária, revelando a carência, sempre existente no Brasil, de políticas públicas que priorizassem questões sociais e de proteção dos direitos humanos, acarretando maiores sacrifícios nas condições de vida das populações vulneráveis (Nascimento *et al.*, 2022). Porém, desencadeou um movimento de transformação das práticas em saúde em torno de discussões sobre os desafios com relação à saúde pública, causados pelo período pandêmico, especialmente em função das crescentes desigualdades. No Brasil, as desigualdades são múltiplas — sociais, econômicas, educacionais, étnicas ou de gênero — e se interligam de formas complexas, por vezes paradoxais, produzindo injustiças sociais e diversos sofrimentos e discriminações (Faria; Guimarães, 2023).

A pandemia de covid-19 foi um evento em escala global. Contudo, afetou regiões e países com maneiras de agravos e intensidades bem distintas, pois estabeleceu relações e interações diretas com as condições sanitárias, socioeconômicas, culturais, ambientais e coletivas de determinados países e regiões mais pobres, que potencializaram as consequências da pandemia, o que Richard Horton (2021) definiu como sindemia, pois a disseminação do novo coronavírus não implicou apenas no combate ao agente infeccioso, mas também em um conjunto de problemas ambientais, econômicos e sociais, sendo capaz de gerar fortes repercussões na população mundial. Singer (1990, p. 31) afirmava que “as

sindemias são a concentração e a interação deletéria de duas ou mais doenças ou outras condições de saúde em uma população principalmente em decorrência da desigualdade social e do exercício injusto de poder"; e, nessa perspectiva científica, segundo Plitt (2020), deve-se mudar a forma de como conduzir a crise sanitária, tendo como parâmetros os contextos econômico, ambiental e social, caracterizados por profundas desigualdades.

A covid-19, nos distintos espaços e contextos, especialmente em situações de desigualdade socioeconômica, "expõe a multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico desde sua dimensão macrossocial até a capilaridade micropolítica nas formas e estratégias de produção do cotidiano" (Matta *et al.*, 2021, p. 16). Afinal, a covid-19 foi um problema novo, porém a desigualdade socioeconômica é um problema antigo, principalmente na região das Américas; os grupos que já eram economicamente menos favorecidos foram os que mais sofreram durante esse período (Farias; Guimarães; Alvarez, 2023).

A região das Américas foi uma das mais afetadas pelo novo coronavírus, tanto em número de casos como de óbitos. A doença afetou 216 países e territórios, resultando em mais de 640 milhões de casos e em mais de seis milhões de óbitos. Até julho de 2022, a região notificou mais de um milhão e 700 mil mortes relacionadas, ou seja, cerca de 30% registradas globalmente (Johns Hopkins University & Medicine, 2022). "Um mundo mais desigual é o legado imediato da pandemia" (Basile, 2020, p. 3.559). Os modelos de proteção social eurocêntricos, pautados pelo liberalismo e pela meritocracia, segundo Basile (2020), não resolveram a questão social da desigualdade na América Latina e Caribe.

As respostas à pandemia foram diversas. Alguns países foram bem-sucedidos em controlar a doença; outros, não. A pandemia não fragilizou apenas os sistemas de saúde, mas desestabilizou programas de proteção social — o que a literatura tem denominado de *supportive social structure* (House, 1987) — e pôs em evidência, segundo Giovanella, Franco e Almeida (2020), as abissais desigualdades, além da necessidade de novas políticas públicas e de novos pactos sociais. Portanto, a pandemia deixou à mostra um "rastro de destruição e sofrimento" de quatro décadas de neoliberalismo sobre as estruturas de proteção social, encontrando sistemas públicos de saúde fragilizados e países com muita dependência da indústria farmacêutica para assegurar vacinas e medicamentos. No

caso do Brasil, as desigualdades se refletiram, inclusive, na diferença da imunização entre os estados mais ricos e os mais pobres (Farias; Guimarães, 2021, p. 13).

Em função desse contexto, segundo Faria, Castro Santos e Alvarez (2022), torna-se evidente a importância de reforçar a saúde pública no Brasil: suas estruturas e serviços, além de recursos humanos qualificados. Para os autores citados (2022, p. 15), cabe destacar a importância da saúde pública integrada aos sistemas de saúde e às instituições formadoras, “na busca por melhorias nos sistemas de vigilância epidemiológica e na capacitação profissional”, além da importância de políticas de saúde e educação, de ciência e tecnologia considerarem marcadores de etnia, gênero e classe social.

Farias e Guimarães (2021) afirmam que, cada vez mais, a integração da saúde pública em todos os níveis de atenção deve ser aprimorada: o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), que, ao longo das últimas décadas, vem historicamente acumulando importantes conquistas para a saúde da população e para a organização dos sistemas de saúde em muitos países, é um caminho necessário e sustentável para a saúde universal como um direito humano, com qualidade, equidade, inclusão e justiça social. O pensamento dos autores citados está em concordância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): *Objetivo 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades*, como uma orientação para os países superarem os desafios ambientais, políticos e econômicos mais urgentes até 2030.

A covid-19 deixou lições para serem enfrentadas nos problemas de saúde pública e pelos inúmeros enlutados brasileiros no pós-pandemia — o fim da pandemia foi anunciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 05/05/2023 —, e, diante de tal realidade, entender como as desigualdades sociais repercutem nos cuidados em saúde da população mais pobre, especialmente no contexto da Atenção Primária.

Partindo dessas inquietações, o presente capítulo se propõe a discutir a desigualdade social no campo da saúde pública brasileira e as repercussões da covid-19 nesse cenário, bem como as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e suas implicações nos cuidados das populações vulneráveis nas sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia, ou seja, aquelas populações, segundo Faria, Castro Santos e Alvarez

(2023, p. 22), “desproporcionalmente expostas aos riscos, incluindo os grupos que tendem a enfrentar problemas financeiros, mental e físico”.

O mundo está diante de uma crise sócio-sanitária que não acabou, exigindo, de certa forma, uma formação de profissionais, na área da saúde, com características culturais dos conhecimentos humanos: em seus contextos e em suas complexidades, como na visão de Paulo Freire (2019 [1996]), ter os conhecimentos socialmente construídos na realidade concreta, com respeito às diferenças culturais e às complexidades históricas das sociedades. Portanto, o social se impõe nas práticas cotidianas na perspectiva da produção do cuidado, na formação em saúde como produção social e na determinação social como base para a compreensão das desigualdades (Almeida Filho, 2011; Campos, Cunha & Figueiredo, 2013; Almeida, Moraes & Cunha, 2016).

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos conceituais

Na história oficial brasileira, segundo Paim (2019), existe o registro de que o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a Constituição Cidadã, em 5 de outubro de 1988. Portanto, essa grande conquista social aconteceu há três décadas e, segundo o autor citado, pode ser comemorada no presente ou examinada criticamente como um balanço entre retrocessos e progressos.

Entretanto, se forem recuperados os antecedentes do SUS, assinalam-se um longo processo de reformas e algumas crises, culminando na proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em meados da década de 1970 (Paim, 2008). Desse modo, ressalta-se que o SUS é um dos frutos dessa reforma (Faria; Bortolozzi, 2012).

A aproximação com o Sistema Único de Saúde (SUS), seja no estudo, no trabalho, na gestão, na mídia ou na utilização de serviços oferecidos por ele, torna-se facilitada pela compreensão de alguns termos utilizados na comunicação, na legislação, nas normas técnicas e administrativas, bem como em livros, documentos, reportagens e pesquisas científicas. Por serem compostos de linguagem técnico-científica, representando noções e conceitos bem definidos, faz-se importante sistematizar algumas definições de conceitos e termos acionados, com frequência, nas discussões sobre o SUS, no sentido de facilitar o diálogo e o

entendimento sobre essa importante política pública brasileira, assim como para a apropriação do seu conteúdo para o presente estudo. Serão descritos a seguir.

2.1.1 Universalidade

As noções de universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade, que, por sua vez, está associado à ideia de justiça, no pensamento dos principais filósofos (Perelman, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido e inserido na Constituição e nas leis como direito da cidadania. É destinado a toda a população brasileira, além de outros indivíduos que possuem residência no país. A universalidade significa que o direito à saúde é de todos, tratando-se de um sistema de saúde de natureza universal, como parte do dever do Estado. O acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser assegurado a todo cidadão, cabendo à gestão nacional, estadual e municipal do SUS enfrentar e superar as barreiras geográficas, sociais, culturais e econômicas para a garantia desse direito (Paim, 2015).

Na saúde, as propostas do *Welfare State* — modelo de bem-estar que emergiu na segunda metade do século 20 na Europa Ocidental — e da Declaração de Alma-Ata — conferência internacional sobre cuidados primários de saúde (1978) —, defendendo o direito à saúde, reforçaram o princípio da universalidade. Dessa forma, o Brasil implantou programas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento do Nordeste (PIASS), que se ampliaram por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), incorporando os princípios da universalidade e integralidade (Paim, 2002), sendo reiterados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) (Abrasco, 1985).

Com a Constituição de 1988, incorporou-se os direitos sociais ligados à cidadania, inspirando-se no modelo da seguridade social. Após indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a constituição fez referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2003).

Os países que adotaram sistemas universais de saúde apresentam forte componente público, seja no financiamento e na prestação de serviço, seja na gestão e na regulação. Outros países que optaram por sistemas segmentados

enfrentam problema na coordenação e, geralmente, dão prioridade ao setor privado (Paim, 2019).

Como essa relação público – privado envolve conflitos, controvérsias, contradições e disputas, que repercutem no acesso e na qualidade da assistência, o assunto tornou-se de interesse político em todo o mundo. Diante desses problemas, surgiu a proposta de “cobertura universal em saúde”, que parece trazer a ideia de universalidade, mas não se sobrepõe à noção e ao sistema universais de saúde. Na realidade, justifica e busca preservar os sistemas de saúde segmentados e, em especial, os interesse privados, no setor da saúde (Noronha, 2013, p. 852). Nessa proposta, segundo Paim (2019), a universalidade é tratada como o somatório de sistemas parciais (não universais), comprometendo outras características do sistema de saúde, como igualdade, integridade e equidade.

2.1.2 Igualdade

O anseio pela igualdade, segundo Paim (2019), acompanha a humanidade desde os tempos da colonização — escavo e senhor. Com o surgimento do capitalismo, surgiram os trabalhadores livres, mas ainda se configurava a diferença entre empregado e patrão. Segundo o autor citado, não é por mero acaso que o lema da Revolução Francesa foi: *liberdade, igualdade e fraternidade*.

Embora esse ideário adviesse de uma nova classe social (a burguesia), quando se contrapôs à aristocracia, o povo o incorporou em suas lutas desde então. No caso da igualdade, mesmo que seu sentido dominante expresse a igualdade perante a lei (igualdade formal) em sociedades desiguais, persistem os esforços para o alcance da igualdade real ou para a constituição de sociedades menos desiguais (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009).

No século 20, foi permitida a explicitação do direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos, após a Segunda Guerra Mundial, e seu reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no final daquela década. Somente quarenta anos depois, o Brasil reconheceu a saúde como direito, na Constituição de 1988, defendendo um sistema de saúde com acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (Giovanella *et al.*, 2002).

Desse modo, igualdade, no SUS, representa uma conquista constitucional, rechaçando qualquer diferença ou preconceito com relação à situação educacional, ocupacional, política, cultural, social, econômica, cultural ou de gênero, idade e etnia. Enquanto princípio do SUS, deve orientar todas, sem restrição, seus programas, políticas, ações e serviços (Noronha, 2013).

2.1.3 Equidade

O conceito de equidade está próximo do conceito de igualdade e, geralmente, eles são admitidos como sinônimos no senso comum, sendo considerados um contraponto para as desigualdades, sejam socioeconômicas, sejam no campo da saúde. Sendo assim, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) distinguiu a equidade, nas condições de saúde, como o propósito de diminuir as diferenças injustas e evitáveis, enquanto, no que se refere aos serviços de saúde, deve expressar uso e acesso, assegurando a atenção em função das necessidades (Opas, 1997).

É possível distinguir a equidade horizontal e a equidade vertical, baseadas na ideia aristotélica de justiça. A primeira diz respeito ao igual tratamento para iguais e a segunda supõe tratamento desigual para desiguais (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009). Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, demostrando, assim, que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade possibilita atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (Paim; Vieira-da-Silva, 2006).

Portanto, faz-se necessário explicitar um marco conceitual que permita analisar e interpretar a questão da equidade (Whitehead, 1992). Dilélio *et al.* (2014) partem da discussão sobre as diferentes fórmulas da justiça que implicam diferentes categorias de igualdade, bem como do conceito de equidade, no sentido referido por Perelman (1996), como instrumento da justiça para resolver as contradições geradas pelas distintas classes de igualdades. Os autores citados consideram, também, a contribuição de Heller (1998), na qual a equidade corresponde à justiça, admitindo

um outro critério para sua definição: para cada indivíduo, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é defendido como política, fundamentalmente, universal, podendo contemplar, de forma progressiva, a equidade (Paim, 2006). Nessa perspectiva, o conceito de universalidade não contrapõe o conceito de equidade formulado por Perelman (1996). O sistema de saúde, universal, pressiona pela qualidade, tendo em vista a sua utilização por todas as classes sociais. Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais é uma estratégia de assegurar que as classes populares tenham acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercitar a equidade. Essas ações possibilitariam o exercício da justiça na esfera pública, levando em conta a identificação de grupos ou categorias essenciais, adotando uma perspectiva de responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação (Heller, 1998).

2.1.4 Integralidade

Na Constituição brasileira, integralidade surge como uma diretriz para a organização do SUS, conjuntamente com a descentralização e com a participação da comunidade. Embora alguns dos sentidos atribuídos pelos autores nacionais à noção de integralidade tenham alguma correspondência, na literatura internacional, aos termos *comprehensive medicine e comprehensive care* ou, ainda, continuidade e coordenação do cuidado (Paim; Silva, 2010), pretende-se, neste tópico, utilizar a produção científica brasileira.

Originalmente, segundo Paim (2006), a ideia de integralidade surgiu com a proposta da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*). Dessa forma, a Medicina Integral seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação (os cinco níveis de prevenção), considerando o processo saúde – doença (Paim, 2009; Delumeau, 2009).

No Brasil, a integralidade desponta no discurso governamental por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984), articulando prevenção e assistência, segundo as discussões da 8ª CNS, que apontavam para este princípio (Abrasco, 1985).

Posteriormente, foi incorporado pela constituição como uma das diretrizes para o SUS: o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas,

sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 2003, p. 25).

Dessa forma, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) originalmente contemplou a integralidade em quatro perspectivas (Paim & Silva, 2010, p. 112; Paim, 2019, p. 21):

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;
b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social;
c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

A integralidade, como noção polissêmica, é vista como imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (Mattos, 2001). Surge, também, como categoria genérica, englobando diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais), e até mesmo das pessoas, como autonomia.

Giovanella *et al.* (2002) admitem que os sistemas de serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção, adotaram as seguintes premissas: a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; d) a abordagem integral do indivíduo e famílias. Campos (2006) aponta que, no processo político-institucional, distintos modos tecnológicos de intervenção têm contemplado a integralidade buscando formas de operacionalização.

Com base na revisão da literatura do presente estudo, pode-se identificar cinco condições na adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e

sistema. Assim, entende-se a integralidade como um enunciado de certas características do sistema, instituições e práticas na saúde.

No caso do cuidado integral, o indivíduo é compreendido na sua totalidade, considerando os seus aspectos socioculturais, psicológicos e biológicos. Assim, a assistência médica integral, mesmo em sua dimensão individual, tem um caráter completo, valorizando as interações entre os indivíduos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores. A conversação indivíduo – equipe possibilita a apreensão das necessidades que orientam o estabelecimento do projeto terapêutico-assistencial (Mattos, 2004). A proposta de um protocolo de acolhimento ao luto pela covid-19 poderia ser um exemplo desse cuidado integral.

A prática integral articula e organiza processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. Faz-se possível pensá-la para além de uma atitude, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e atendimento de necessidades. É o caso, por exemplo, da proposta da vigilância da saúde que orienta intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de determinantes socioambientais em um dado território (Heller, 1998).

Ribeiro (2016) aponta que um programa integral permite explicitar objetivos, recursos e atividades visando às necessidades de distintas ordens, inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial.

Faz-se importante pontuar que as políticas públicas integradas ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (Cit) e da Comissão Intergestores Bipartite (Cib) do SUS, bem como de iniciativas recentes de sistemas únicos de assistência social (Suas) e de segurança pública (Susp) (Santos, 2014).

Como percebido, no decorrer deste tópico, o sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações fenomênicas (nós críticos e

acumulações), assim como sobre as regras básicas (Ferreira-de-Sousa; Santana, 2016).

2.2 Determinação social e conceito ampliado de saúde

O conceito de saúde referido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que: “Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization, 2017 [1946 – 1948], p. 1).

Nas últimas décadas do século 20, fez-se necessária uma ampliação desse conceito de saúde para englobar situações que envolviam, também, variáveis culturais. No ano de 1986, a Conferência de Ottawa da OMS trouxe perspectivas mais amplas, tais como: para além do bem-estar físico, mental e social, incluiu-se uma quarta variável, como o bem-estar espiritual, ou bem-estar cultural. Porém, o conceito estritamente oficial, da OMS, permaneceu o mesmo. Essa ampliação ficou, aparentemente, segundo Neves (2021), entre o oficial e o oficioso, embora protocolos adotados pela OMS apontem certa oficialidade em admitir aspectos que vão além do físico, mental e social.

Diversos estudos ressaltaram a determinação social sobre as condições de saúde, doença e agravo da população brasileira (Andrade & Dias Filho, 2009; Pinto, 2009; Cohn & Ockè-Reis, 2010; Brasil, 2011; Carvalho, 2012; Brasil, 2012; Silveira, 2012; Coelho, 2013; Paim, 2013; Piola, 2013; Souza & Bahia, 2014; Machado *et al.*, 2023). Gadelha *et al.* (2012) partem da premissa de que a saúde e a doença na coletividade não são, exclusivamente, explicadas pelas dimensões ecológica e biológica. As reflexões e pesquisas indicavam que os perfis de morbidade e mortalidade de uma população, em particular dos grupos sociais e classes sociais que lhes constituem, eram determinados pela forma como a sociedade organizava a produção e a distribuição dos serviços e bens produzidos (Simon, 1970; Braverman, 1981; Deming, 1990; Fayol, 1990; Mayo, 1993; Santos & Merhy, 2006; Carvalho, 2012; Pinto, Silva & Baptista, 2014; Teixeira, 2014; Souza & Viana, 2014; Paim, 2009; 2019). Assim, a organização econômica da sociedade determina o modo de vida (estilos e condições de vida), e as condições de trabalho expressam o estado de saúde de uma população. Cabe pontuar, no entanto, que a não disponibilidade do trabalho, segundo Almeida Filho (2009), como nas situações

de desemprego, subemprego e de precarização, também produzem doenças e sofrimento mental.

Dessa forma, mesmo sendo reconhecida a relevância e existência de fatores biológicos, físicos e ecológicos no surgimento de doenças, os citados estudos enfatizam que a determinação social procura dar evidência à pertinência de um modelo teórico que articule esse conjunto de elementos com as formas de organização da sociedade.

Considerando tais referências, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota um conceito ampliado de saúde, destacando a influência da educação, da renda, do trabalho, do lazer, da previdência e do saneamento, entre os determinantes e os condicionantes do estado de saúde da população brasileira. Assim, como apontou Paim (1994), os determinantes são considerados uma força positiva, influenciando no alcance da saúde, e os condicionantes limitam a atuação dos determinantes, representando uma força negativa.

Nas últimas décadas, os estudos sobre determinantes sociais de saúde têm sido bem divulgados. Por essa razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou uma comissão internacional para sistematizar seus resultados e propôs medidas para a modificação da situação de saúde, com ênfase na redução das desigualdades. O Brasil foi o primeiro país do mundo a implantar a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, no ano de 2006, produzindo um relatório analítico e com recomendações entregues ao Ministro da Saúde e ao Presidente da República (CNDSS, 2008).

Sobre a questão das desigualdades, faz-se importante pontuar que a aprovação em 2015 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) levou ao centro da agenda global o problema da desigualdade, não sendo possível, evidentemente, fazer análises mais profundas sobre os resultados dessa mudança de concepção ou mesmo esperar previsões certeiras sobre o futuro. A leitura mais crítica dos ODS nos mostra, ainda, que o desejo manifestado de mudanças, apresentado no argumento geral do ODS 10 (*Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles*), não se concretiza, da forma contundente como necessário, nas suas metas e nos indicadores. Porém, por outro lado, a inserção do tema nas discussões globais permite que esforços sejam direcionados à sua realização. Essa sinalização de que a desigualdade é um problema grave pode ser vista como uma

vitória, mas exigirá arranjos políticos e políticas públicas nacionais que lidem com o problema da forma adequada e que considere sua magnitude (Menezes, 2019).

2.3 Práticas de saúde pública

Embora os termos *medicina* e *prática médica* sejam compreendidos na linguagem cotidiana, o conceito de "prática de saúde" nem sempre se faz compreendido, mesmo para os trabalhadores e profissionais desse setor. Na linguagem do senso comum, a palavra "prática" geralmente é compreendida como o contrário da teoria ou, no limite, como uma ação com resultados e consequências imediatas e úteis sobre a realidade (Noronha, 2013).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos resultados da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi elaborada uma reflexão teórica original, partindo de que o entendimento de "prática de saúde" está vinculado à noção de trabalho, em particular, ao conceito de processo de trabalho. Desse modo, prática de saúde, foi entendida como um processo de transformação de um objeto em um produto, com prévia visão da sua finalidade ou projeto. Para a realização dessa transformação, fazem-se necessários meios de trabalho, tais como estetoscópio, medicamento, termômetro, hospitais, vacinas, protocolos, entre outros, e o desenvolvimento de atividades (o trabalho propriamente dito), sob determinadas relações sociais e técnicas (Paim, 2015).

Sobre essa perspectiva, as práticas de saúde são bem diversificadas, não somente em função da formação específica e da divisão de atividades do trabalho de cada profissional: práticas de enfermagem, práticas médicas, práticas odontológicas, por exemplo, mas considerando, sobretudo, a diversidade de objetos: vulnerabilidade, agravo, risco, acidente, doença, qualidade de vida, por exemplo, e de instrumentos de trabalho adequados para a aproximação e a transformação do objeto especificado, reconhecido genericamente como necessidades de saúde (Santos *et al.*, 2012; Santos, Santos & Borges, 2013; Santos & Servo, 2016; Malta *et al.*, 2016; Paim, 2017).

Segundo Paim (2017), entendendo as tecnologias (materiais e não materiais) como instrumentos de trabalho, essa conceituação possibilita a discussão e a proposição de mudanças na organização social do trabalho nos sistemas e serviços de saúde. A partir desses estudos, são elaboradas e experimentadas

propostas alternativas de modelo de atenção à saúde, tais como a saúde da família, o acolhimento, a linha de cuidado e a vigilância em saúde.

2.4 Público e privado no sistema de saúde

No capítulo *Saúde* da Constituição de 1988, apresentam-se as palavras *público* e *privad*o em duas oportunidades: 1) quando se reconheceu que saúde era assunto de relevância pública e 2) quando se afirmou que é livre à iniciativa privada (Brasil, 2003b). Sem entrar no mérito dessa contradição ou ambiguidade, pois tal formulação expressa mais a resultante de um enfrentamento político-ideológico brasileiro de forças presentes na sociedade e na Constituinte do que uma demonstração de precisão de conceitual, sendo necessário o esclarecimento de alguns sentidos e significados para tais termos.

No senso comum, a palavra “público” se confunde com o espaço ao qual todos os indivíduos podem ter acesso ou mesmo um espaço que seja de todos. Outras pessoas compreendem como sinônimo de estatal, ou seja, referente ao Estado, ou o denominado Poder Público, e ao governo. Entretanto, o termo “público” sofre, historicamente, alterações em seu significado, de modo que as áreas da ciência, além de políticos e filósofos (Paim, 2019) alertam para o fato de que o termo não é igual a Estado, ou seja, “nem tudo o que é estatal é, precisamente, público e nem tudo que é público, necessariamente, corresponde ao estado” (Santos *et al.*, 2013, p. 51).

No caso do SUS, não obstante sua natureza pública reconhecida nas normas legais, ele se vincula a um Estado no qual não prevalece o interesse público, sendo historicamente disputado ou dominado por corporações, empresários, igrejas, mídias, grupos políticos, *lobby*, entre outros (Lima, 2013; Brasil, 2017; Amaral & Bosi, 2017; Albuquerque *et al.*, 2017; Ocké-Reis, 2018).

A palavra “privado” se remete à vida particular de cada indivíduo, família e, especialmente, à propriedade privada. Esta é traduzida em diversas formas como iniciativa privada, tal como referida na Constituição. Nesse sentido, “privado” é entendido como aquilo que priva os indivíduos. Sendo assim, um serviço de saúde privado, chamado de *particular*, é de uso privativo daqueles que podem pagar pelo serviço de saúde, e não dos que têm direitos ou necessidades (Machado *et al.*, 2015; Carnut & Narval, 2016).

No caso do Brasil, segundo Paim (2019), apesar da sigla SUS, o sistema de saúde não é único; ele possui uma parte estatal, que é composta por serviços e estabelecimentos pertencentes à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, incluindo fundações e autarquias; e outra privada, com fins formalmente lucrativos (ou não), como consultórios, laboratórios e clínicas particulares ou, ainda, hospitais privados, filantrópicos ou beneficentes, além de operadoras de planos e seguros de saúde.

Desde 1980, o governo brasileiro concede incentivos à iniciativa privada, constando-se crescentes as transferências dos recursos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) de gestão privada e o aumento das renúncias fiscais decorrentes dos gastos com planos de saúde no imposto de renda, enfraquecendo a capacidade de arrecadação e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Mendes, 2015).

Dois estudos (Souza, 2007; Rodrigues, 2014) apontaram circunstâncias históricas para uma sustentação frágil do SUS com relação ao mercado privado de saúde. A base social advinda do apoio dos trabalhadores ligados a entidades sindicais se enfraqueceu por meio de diversas medidas no período da ditadura militar brasileira (1964 – 1985). A maior parte dos trabalhadores e suas representações sindicais no Brasil foram atraídas pelos seguros privados de saúde, e, até a atualidade, seus sindicatos têm em pauta a luta pelo acesso mais amplo aos serviços oferecidos pela saúde privada.

Outra circunstância histórica, apontada pelos autores citados, é a existência, no Brasil, de um dos maiores setores privados de saúde mundial. A forma como se desenvolveu esse setor de saúde transformou-o numa espécie de competidor para o SUS, seja nos recursos financeiros e/ou humanos. O setor privado de saúde detém grande parcela do mercado, num dos países com maior desigualdade econômica e social do mundo.

Com a consolidação da Constituição, os entraves dos serviços públicos de saúde brasileiros aumentaram a concorrência no mercado de saúde suplementar executados por empresas privadas. O Estado não detinha o controle sobre a ação dessas empresas, nem havia um padrão de funcionamento. Sendo assim, houve a necessidade da regulamentação, através da Lei dos Planos de Saúde nº 9.656/98 (Brasil, 1998), e, consequentemente, uma entidade reguladora. Nos anos 2000, firmou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio da Lei nº 9.961/2000

(Brasil, 2000), com o intuito de padronizar procedimentos, minimizar os abusos, fortalecer a transparência das operadoras a prestadores e consumidores, bem como definir mecanismos para a preservação do equilíbrio financeiro entre as partes, isto é, um conjunto de medidas e ações governamentais visando à proteção do interesse público na assistência suplementar à saúde (Siqueira, 2013; Brasil, 2017).

Em março de 2017, foi publicada a Portaria nº 8.851 (Brasil, 2017), instituindo um Grupo de Trabalho (GT) composto por servidores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a avaliação da proposta de criação do chamado Plano de Saúde Acessível, que teve como objetivo a diminuição da pressão sobre o SUS, repassando a demanda para o setor privado por meio de convênios com preços mais acessíveis. Segundo Fernandes e Sousa (2019), é sabido que esses planos com valores mais baixos são alvo de reclamações constantes na Justiça. Portanto, a ideia de desafogar o SUS, inicialmente, torna-se falha, pois os atendimentos se tornam limitados, obrigando os usuários a retornarem ao sistema público de saúde.

Segundo Souza (2007), nenhum plano de saúde privado garante a integralidade da atenção à saúde. Existe uma parcela da população assegurada que necessita de tratamentos e recorrem ao sistema público de saúde. Assim, com recursos inferiores aos de planos e seguros de saúde, faz-se coerente considerar que o Sistema Único de Saúde (SUS) opera pequenos fenômenos ao conseguir bons resultados com pouco financiamento.

A participação do setor privado no SUS é observada na atenção hospitalar, quando da oferta de serviços especializados de alto custo e cobertura de alta tecnologia, ações que o sistema público ainda não pôde alcançar, devido à insuficiência de investimento (Souza & Costa, 2010; Santos, 2010; Barros, Tavares, Costa & Silva, 2014).

A chegada da doença covid-19 ao Brasil trouxe especial preocupação com a distribuição da oferta hospitalar, pública e privada, em decorrência da necessidade de acesso, como do risco, conhecido, de ruptura do sistema público de saúde (Travassos, Oliveira & Viacava, 2006; Barata, 2009; Pires *et al.*, 2010), devido ao rápido aumento da demanda sem que houvesse ampliação suficiente da oferta em saúde. As consequências da pandemia apontavam para a necessidade de diminuir a transmissibilidade diante do risco iminente de colapso do sistema de saúde, nesse caso, tanto público quanto privado.

Em um país diverso e desigual como o Brasil, em que há uma importante concentração de recursos e serviços de saúde em capitais, Regiões Metropolitanas (RM) e alguns polos do interior, a propagação do vírus para lugares com menor oferta de serviços de saúde representou limitações para acesso ao sistema. O enfrentamento da pandemia no Brasil, com históricas e profundas desigualdades sociais e em saúde (Paim *et al.*, 2011; Leonello & Oliveira, 2014; Szwarcwald & Machado, 2016), foi um enorme desafio. Somando-se a isso a complexa relação público-privada na oferta, acesso e prestação dos serviços de saúde, que reforçam as desigualdades no País (Bahia & Scheffer, 2018; Coelho, Lana & Cruz, 2020).

Apesar de o SUS contar com a maioria dos leitos hospitalares (gerais), a maior parte dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está no setor privado. Segundo os parâmetros internacionais e nacionais (Amib, 2020), não obstante o Brasil possuir uma proporção de leitos de UTI satisfatória, quando segmentados os dados do sistema público e privado, observa-se que o SUS tem uma média de 1,4 leito para cada 10 mil habitantes, enquanto a rede privada suplementar possui 4,9.

Em março de 2020, o Brasil dispunha de 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 do SUS e 23.004 pertencentes à saúde privada suplementar (AMIB, 2020). Considerando que a parcela populacional beneficiária de seguro privado de saúde (24,2%) é inferior àquela exclusiva do SUS (75,8%), a relação da oferta revela-se mais desigual entre os setores. Quando analisadas as diferenças da proporção total de leitos de UTI por 10 mil habitantes, a proporção desses leitos na saúde suplementar foi superior à do SUS nas cinco Grandes Regiões brasileiras, inclusive nas regiões Sul, Nordeste e Norte, nas quais o número absoluto de leitos de UTI SUS é superior ao da saúde suplementar (Araújo, Fernandes, Aliaga Perez & Pillon, 2021; Vieira & Benevides, 2022; Santos, Oliveira & Albuquerque, 2023).

Palamim, Ortega e Marson (2020) observaram que todas as Unidades Federais (UF) apresentaram um número de leitos de Unidade de Terapia Intensivo (UTI) privados acima de três por 10 mil habitantes, com exceção do estado de Santa Catarina (2,61/10 mil). A maior proporção se encontrava no estado de Mato Grosso, com uma taxa superior a dez por 10 mil habitantes. São Paulo, o estado com maior percentual de beneficiários de seguros privados, possuía taxas de 1,2 e 3,8 leitos de UTI/10 mil habitantes, nos sistemas público (SUS) e privado de saúde, respectivamente.

Embora o número de leitos de UTI privada seja superior à da pública, possui elevada concentração nas capitais, significando que os habitantes de cidades de pequeno e médio porte, bem como municípios não polos de saúde das Regiões Metropolitanas (RM), mesmo sendo beneficiários de plano ou seguro, enfrentam dificuldades ou barreiras de acesso ao cuidado intensivo (Costa; Lago, 2020).

Rache *et al.* (2020), ao tratar os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) gerais (SUS e saúde suplementar) nas Regiões de Saúde (RS), observaram que mais da metade das regiões tem menos de um leito por 10 mil habitantes. Apenas no Sistema Único de Saúde (SUS), mais de 70% das regiões estavam abaixo do parâmetro. Ressalta-se que essas regiões se encontravam, anteriormente, nessa situação em um ano típico. Dessas 70%, mais da metade não possuíam leito de UTI, ou seja, quase 15% da população dependente do SUS sem oferta desse recurso na região em que reside. Essas situações, segundo os autores citados, são predominantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No setor privado, pouco menos da metade das RS apresentaram números abaixo do parâmetro, apresentando um cenário mais favorável.

Na escala municipal, dos 536 municípios brasileiros que possuíam leitos de UTI, 69,8% tinham taxas mais favoráveis ou disponibilidade exclusiva no SUS. Por outro lado, 71 desses municípios chegaram a apresentar na saúde suplementar razão mais de oito vezes superior (Portela; Grabois; Travassos, 2020). Os autores citados atentam que, ainda que a oferta no SUS seja mais difusa, há várias áreas de concentração de recursos privados, especialmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil. Ademais, é visível a vastidão de espaços desprovidos de qualquer oferta, especialmente para leitos de UTI.

A adoção de fila única, em tempos de pandemia, para os leitos, sem distinção de setores ou pacientes, foi uma proposta debatida (Noal, Passos & Freitas, 2020; Marinho, 2020; Souza *et al.*, 2020). Em termos gerais, seria a gestão do acesso aos leitos públicos e privados de internações e das UTIs no Brasil feita pelo setor público, independentemente da capacidade de pagamento dos pacientes ou de terem planos e seguros privados de saúde. Marinho (2020) destacou as vantagens e desvantagens da proposta e descreveu dois modelos possíveis para a fila única (geral e parcial). Os estudos recomendaram esforços de coordenação para o uso da totalidade dos leitos hospitalares existentes no Brasil para melhor enfrentamento da pandemia.

Em um estudo de análise comparada sobre estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos por meio da utilização de hospitais privados na resposta à covid-19 (Massuda; Tasca; Malik, 2020), concluiu-se que, embora existissem diferentes possibilidades de uso de estruturas hospitalares privadas pelos sistemas públicos de saúde, todas puderam promover rápida ampliação da capacidade assistencial em emergências sanitárias.

No Brasil, a captação de leitos de hospitais privados já equipados e prontos para receber pacientes à espera de atendimento foi pontual e restrita, como vimos anteriormente, a determinadas cidades (Conte *et al.*, 2020). Os autores destacaram, ainda, que, enquanto unidades públicas de terapia intensiva chegaram a sua taxa de ocupação máxima, o setor privado contabilizou leitos ociosos.

Houve um incremento de leitos de UTI no país, durante a pandemia, mas não foi suficiente para reduzir as desigualdades de oferta entre os setores; inclusive, as ampliaram (Martin-Delgado *et al.*, 2020; Santos, Oliveira & Albuquerque, 2022). Junior e Cabral (2020) verificaram que, dos 14.220 novos leitos UTI no Brasil, apenas 3.104 foram para o SUS, enquanto o setor privado instalou mais de 11 mil leitos, representando 78,18% das novas áreas de tratamento intensivo em todo o território para uma parcela bem menor da população.

Observou-se, portanto, que a pandemia não apenas ressaltou as desigualdades da oferta entre os setores público e privado, como também as ampliou. Mesmo com a expansão de leitos hospitalares, a distribuição regional e público-privada manteve-se desigual no Brasil (Santos; Oliveira; Albuquerque, 2022).

2.5 Proteção e promoção da saúde: agravos, riscos e prevenção de doenças no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), além da assistência médica, que inclui exames diagnósticos, consultas, internações, medicamentos e atendimentos de urgência e emergência, realiza um conjunto de medidas no âmbito do setor de saúde, nos territórios, nas comunidades, e é parceiro de outros setores (ação intersetorial), visando à promoção e proteção da saúde, bem como à prevenção de riscos e doenças (Paim, 2019).

Promover saúde supõe impulsionar, fomentar, originar, gerar. Diz respeito a medidas inespecíficas, não dirigidas a agravos ou doenças determinadas, mas que

visam a aumentar o bem-estar e a saúde, tais como emprego, habitação, renda, educação, alimentação, segurança, lazer, seguridade social, atividade física, saneamento, meio ambiente saudável, transporte, entre outros, que exigem o protagonismo e a autonomia dos indivíduos. A maioria desses condicionantes e determinantes dos níveis de saúde é reconhecida pelo arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) (Carvalho & Cunha, 2006; Ferraro, Costa & Vieira-da-Silva, 2009; Brunello *et al.*, 2010).

Lima e Queiroz (2012), sobre essa questão, apontam que a promoção da saúde requer o fortalecimento da capacidade coletiva e individual para lidar com os múltiplos determinantes e condicionantes da saúde. Portanto, tais ações se destinam a garantir aos indivíduos e à coletividade condições de bem-estar mental, social e físico.

Proteger, no sentido comum, segundo Almeida Filho (2009), é defender um indivíduo/uma população ou afastá-los de algum perigo potencial ou real. A proteção à saúde, segundo o autor citado, envolve medidas específicas, de caráter coletivo, que visam a eliminar ou a reduzir o risco de adoecimento, acidentes ou de violências. Sendo assim, o abastecimento de água; o controle da qualidade do ar, de alimentos, de agrotóxicos; o destino adequado dos dejetos; o manejo de produtos e substâncias radioativas; a autorização para determinadas obras e construções públicas, entre outros, são representantes de medidas de proteção à saúde da população.

O verbo “prevenir” sugere, segundo Paim (2019, p. 26), “preparar, chegar antes, impedir que algo aconteça ou se realize”. No âmbito da saúde, prevenção tem o significado de ação antecipada, baseando-se no conhecimento da história natural de cada doença, para tornar seu progresso improvável. Assim, a prevenção de doenças, riscos e agravos requer conhecimento epidemiológico para o controle, redução do aparecimento e do risco de doenças (Brasil, 2012).

Barros, Maia e Monteiro (2016) apontam que programas de saúde e projetos de prevenção e educação são baseados nas informações científicas e em recomendações técnicas e normativas, evitando, assim, que as doenças aconteçam ou mesmo objetivando a redução de sua propagação. No âmbito do SUS, tais ações compõem o sistema de vigilância epidemiológica, que busca articular o monitoramento e análise da situação de saúde, a investigação e notificação de casos e epidemias, a adoção de medidas de controle e a implementação de

programas específicos, tais como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) ou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças, na contemporaneidade, impõem, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da saúde, mas, também, para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. O desafio do financiamento das ações é um deles. Doenças crônicas, por exemplo, custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se não são prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica.

O ano de 2020 foi marcado pela Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), decorrente da pandemia do novo coronavírus. Tal fato exigiu dos governos em todo o mundo e no Brasil a reorganização do sistema de saúde para responder de forma efetiva às demandas da sociedade, com o objetivo de preservar e salvar vidas.

Segundo Barros (2021), frente ao que foi considerado uma ausência de uma coordenação nacional para o enfrentamento da pandemia da covid-19, os estados brasileiros, amparados pela Constituição Federal de 1988 e resguardados por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), assumiram um papel relevante na adoção de medidas sanitárias protetivas e restritivas, fundamentais para a prevenção e controle da doença. Nesse sentido, segundo a autora citada, as unidades subnacionais precisaram implementar um conjunto articulado de ações como resposta aos constantes desafios impostos por um cenário dinâmico e mutável, exigindo o uso de métodos e técnicas da vigilância em saúde para o aumento da capacidade de predição e intervenção, conjuntamente com iniciativas de gestão, para conjugar esforços e resultados.

Continuando com Barros (2021), a falta de ações coordenadas pelo Governo Federal para o enfrentamento da pandemia gerou uma série de desafios e constrangimentos à política de saúde brasileira, mas, também, impôs uma nova ordem, em que a cooperação assumiu centralidade. Contribuiu, assim, para impulsionar e fortalecer a autonomia político-administrativa das unidades subnacionais e o desenvolvimento de ações pactuadas e cooperadas entre as esferas interestaduais, estaduais e municipais, e interníveis de governo, com destaque para os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), enquanto instâncias

administrativas para atuação no território adscrito e parceiros estratégicos da vigilância em saúde.

Faz-se importante pontuar, sobre essa questão, que, em face desse atual cenário, a esfera estadual de governo assumiu um papel relevante na regulação e coordenação das ações e serviços de saúde, com competências para a prestação de apoio técnico e institucional aos municípios, com o objetivo de ampliar sua capacidade operacional e, dessa forma, cumprir com as responsabilidades sanitárias, para o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira, para a observância dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Ante o exposto, os tópicos anteriores buscaram refletir e sistematizar alguns termos e conceitos entendidos, nesta pesquisa, como úteis para a compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS). Como foi ressaltado, uma palavra comum é usada no cotidiano e, diante de alguma dificuldade na compreensão de seu significado, pode ser consultada um dicionário. Já um conceito corresponde a uma ideia bem elaborada, a partir de uma palavra ou expressão verbal desenvolvida em um campo de estudo, como a presente pesquisa.

Segundo Barros (2016) e Lima e Nietsche (2016), quando um conceito parte de uma palavra comum, as reflexões e discussões produzidas geram novos sentidos e significados, para serem operacionalizados em um dado campo de saber e no âmbito de práticas específicas.

Sendo considerado um sistema complexo, o SUS e seus aspectos conceituais necessitam de compreensão para facilitar o entendimento entre os indivíduos que nele trabalham e, em especial, entre aqueles que representam sua razão de existir: a população brasileira, que constitui indivíduos de direitos que representam necessidades humanas vinculadas à redução de sofrimento, aos cuidados para uma boa morte, ao alívio da dor, à prevenção, ao acolhimento, ao cuidado, à cura de doenças e ao bem-estar geral (Gondim & Monken, 2018; Paim, 2019; Camargo *et al.*, 2019; Franco, Bueno & Merhy, 2019). Além do que, um trabalho de pesquisa precisa ser benéfico, principalmente, para a população.

Ante o exposto, faz-se necessário pontuar que o Brasil enfrentou imensos desafios com a chegada da covid-19, tais como o controle da epidemia, o aumento do número de indivíduos suscetíveis à infecção, a redução da capacidade de reposta da atenção médica e o aumento dos riscos de morte, causados pela: vasta

extensão territorial; a alta densidade populacional em algumas cidades; a grande variedade de rotas aéreas, terrestres e marítimas, com conexões para todo o mundo; o acesso limitado aos testes diagnósticos do vírus SARS-CoV-2; a debilidade do sistema de saúde pública devido ao subfinanciamento crônico; as disparidades sociais, econômicas e regionais; e a falta de articulação entre o governo federal e os estados (Giovanella, 2020; Minayo *et al.*, 2020; Moreira *et al.*, 2020), gerando maiores desafios dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), como veremos a seguir.

2.6 A organização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) à covid-19

A capacidade do sistema de saúde de desempenhar plenamente suas funções no contexto da pandemia, segundo a World Health Organization (2020), demandou não somente expandir o número de leitos hospitalares e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mas também reorganizar os fluxos na rede de atendimento, redefinir os papéis das distintas unidades e níveis de atenção e criar pontos de acesso ao sistema de saúde, especialmente pela via remota. Todas as modalidades de teleatendimento (teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento e telerregulação) passaram a desempenhar papel central a partir do momento de crise (Giovanella; Franco; Almeida, 2020). Um plano com protocolos a serem seguidos em todos os níveis de atenção, incluindo normas de proteção aos trabalhadores e cuidados para evitar a disseminação do SARS-CoV-2 nas unidades de saúde, foi fundamental para articular todas essas ações (Fagundes *et al.*, 2020; Coelho *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde sugeriu que fossem criadas centrais de teleatendimento 24 horas, treinando os atendentes na utilização de protocolos que permitiam distinguir casos leves, moderados e graves da doença, bem como orientar os casos leves quanto às medidas de isolamento domiciliar. Casos graves deveriam ser encaminhados para hospitais de referência para covid-19 por ambulâncias exclusivas para este transporte, com profissionais qualificados, adequadamente protegidos, segundo as medidas preconizadas para a prevenção de infecção (Machado *et al.*, 2023).

Na rede de atenção pública à covid-19, foram necessários equipamentos de saúde com leitos de baixa e média complexidades dedicados ao atendimento de

casos suspeitos com alto risco de agravamento ou com contraindicação ao isolamento domiciliar, tais como com maiores comorbidades, os que residiam sozinhos e os que apresentavam maiores comprometimentos pela doença, ainda que não estivessem graves (Araújo; Fernandes; Aliaga Perez; Pillon, 2021). A internação nesses locais possibilitaria a executar intervenções terapêuticas, monitorar sinais de agravamento e providenciar transferência oportuna para leitos de maior complexidade, quando necessário. Essas unidades deveriam admitir, também, pacientes que recebiam alta de hospitais de referência/campanha ainda necessitando de cuidados hospitalares, contribuindo, dessa forma, para a liberação dos leitos de alta complexidade para os pacientes críticos (Chidiebere, Tibaldi & La Torre, 2020; Meleiro *et al.*, 2021).

Segundo Wallace, Wladkowski, Gibson e White (2020), a descrição das necessidades assistenciais dos pacientes com covid-19 tornou evidente que o papel direto da Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência aos casos moderados e graves foi bastante limitado. Ademais, o atendimento presencial aos pacientes suspeitos de covid-19 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveria ter sido evitado, pois, além de ter pouco impacto no curso da doença, implicou um alto risco de infecção para os profissionais de saúde e demais usuários (Ministério da Saúde, 2021).

2.7 O papel da APS durante a pandemia da covid-19

Se, por um lado, a APS teve sua capacidade reduzida para atuar sobre a letalidade dos casos graves, uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pôde, segundo Cruz (2021), contribuir para diminuição da incidência de infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Por meio do trabalho comunitário, pode-se atuar para a redução da disseminação da infecção, acompanhar os casos leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir as situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da pandemia (Almeida, 2020; Venâncio, 2020). Dessa forma, a APS desempenhou um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a

longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, especialmente, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária (Machado *et al.*, 2020; Gandra *et al.*, 2021).

Ao retomar a sua vocação para a ação comunitária, como apontaram Santos *et al.* (2020), a APS ampliou a sua capacidade de resposta local não só na redução da disseminação da infecção, como também amenizou os efeitos sociais e econômicos das medidas de distanciamento social, como por intermédio das mídias sociais e rádios comunitárias, as equipes de saúde da família (EqSF) puderam orientar a população sobre as formas de contágio e informar sobre os canais de teleatendimento. O trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) ajudou na identificação dos indivíduos e famílias em situação de maior vulnerabilidade, auxiliou na entrega de alimentos e outros itens essenciais, além de mobilizar os recursos da própria comunidade (Gandra *et al.*, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021).

Na atenção clínica individual, utilizando modalidades de teleatendimento, profissionais da APS puderam orientar os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta; identificar pacientes que não puderam ser cuidados no domicílio; monitorar estes casos suspeitos quanto à evolução clínica; realizar vídeo-consultas para casos mais complexos e solicitar remoção para uma unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento. Todas essas ações resultaram em uma redução da demanda e dos riscos de infecção nas unidades de emergência e permitiram a concentração de seus recursos no atendimento aos casos mais graves (Souza *et al.*, 2020; Marques, 2020).

Visando a manter o acesso aos cuidados de saúde para outros agravos, o trabalho na APS, durante a pandemia, deveria priorizar, ainda: 1) a continuidade de ações preventivas, tais como vacinação; 2) o acompanhamento de usuários crônicos e grupos prioritários, como gestantes e lactentes; e 3) o atendimento a pequenas urgências e às agudizações de doenças crônicas. Porém, não houve uma maior organização para tal e a supressão dessas atividades por várias semanas resultou em uma elevação da morbimortalidade por outras doenças, ampliando os efeitos da pandemia, como relatado por Soares, Peduzzi e Costa (2020), nas situações em que se optou por um modelo assistencial centrado apenas na atenção hospitalar.

Da mesma forma que para os casos suspeitos, o teleatendimento foi priorizado como estratégia para o acompanhamento dos portadores de outros agravos que estariam estáveis; foi possível responder a demandas por

medicamentos de uso contínuo ou mesmo por avaliação clínica por terem sido realizadas por vídeoconsulta. O atendimento presencial na UBS foi priorizado para pacientes com queixas agudas não respiratórias e para aqueles com agudização de doenças crônicas, na qual a abordagem podia ser feita na APS, com algumas horas de tratamento e observação clínica, evitando sua ida para unidades hospitalares e de pronto atendimento, que estavam progressivamente sobrecarregadas (Bitencourt; Andrade, 2021). A disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a atualização das práticas de prevenção e controle de infecção, de acordo com as melhores evidências disponíveis, com treinamentos periódicos, deram suporte à manutenção segura das ações assistenciais na UBS e nos domicílios (Ran *et al.*, 2020).

Com todo o esforço para expandir o uso das teleconsultas, e ainda que as centrais telefônicas para o atendimento a casos suspeitos de covid-19 fossem priorizadas, uma parcela substancial da população do território continuou acessando as UBS, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e emergências hospitalares — até por uma questão de não possuírem equipamentos como celular ou computador. Por essa razão, os usuários deveriam ser rastreados no primeiro ponto de contato com qualquer serviço de saúde e todas as precauções para o controle de infecção deveriam ser ali implementadas, de acordo com as recomendações vigentes, tais como o atendimento em áreas externas, a limitação do contato físico, as modificações de fluxo, a separação de áreas de atendimento e espera, o distanciamento, as barreiras físicas, a disponibilização e o uso racional de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), de acordo com a atividade e a forma de contato realizado (Wallace, Wladkowski, Gibson & White, 2020; Huang *et al.*, 2020; Farahmandnia, Hamdanieh & Aghababaei, 2020).

À medida que a pandemia avançou, o risco de infecção nas unidades de saúde aumentou, mesmo quando se tratava de usuários sem relato de sintomas respiratórios, pois casos de infecção assintomática e apresentações atípicas foram mais numerosos, justificando a expansão do uso de EPI e de medidas de controle de infecção para diversas situações e as áreas de atendimento (Cofen, 2021).

Os riscos de transmissão de covid-19 nos serviços de saúde público e os elevados custos da implantação das normas de biossegurança justificaram a ampla utilização das ferramentas de teleatendimento e todo o suporte financeiro necessário para implantá-las. Essas estratégias permitiram que a restrição e regulação do

acesso físico às UBSs não representassem uma restrição total de acesso, sendo substituídas por maneiras seguras e custo-efetivas de atenção. Para a implantação das mudanças necessárias ao pleno funcionamento da APS, no contexto da pandemia, investimentos em estruturas como tendas para atendimento externo, veículos para apoiar a atenção domiciliar, telefones celulares e internet de boa qualidade tornaram-se imprescindíveis, assim como o acesso livre à internet para todos os usuários (Pompeu; Slovic, 2023).

A criação de polos de atenção à covid-19, destinados a atender os casos suspeitos, realizar o manejo inicial e facilitar as remoções necessárias, foi uma alternativa válida, porém impossível de adequar-se às UBSs para a realização dessas atividades de forma segura (Minayo; Freire, 2020). Não foi possível dispensar, entretanto, a troca efetiva de informações entre esses polos e as UBSs, essenciais para manter a vigilância e a coordenação do cuidado em suas respectivas áreas de abrangência. Martin-Delgado *et al.* (2020) e Castro (2020), afirmam que somente uma APS forte e conectada com os demais pontos de atenção, com maior atuação comunitária e capacidade de coordenação, seria capaz de minimizar os danos causados pela pandemia, evitando a desassistência às condições crônicas e agudizações já existentes.

2.8 Limites da atuação da APS diante das deficiências da rede de atenção à covid-19

O pleno exercício de atividades inerentes à APS que poderiam reduzir a magnitude e o impacto da pandemia nas populações foi ameaçado pela deficiência da rede de atenção à covid-19, notadamente pela insuficiência de leitos para internação e por problemas no fluxo de acesso a esses leitos.

Um exemplo disso foi no Município do Rio de Janeiro, no qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não realizava o atendimento domiciliar às urgências pela covid-19 e as UBSs ficaram responsáveis por acolher os sintomáticos respiratórios e solicitar vagas de internação, casos de infectados pelo novo coronavírus, causando um acúmulo de espera por leitos para internação. Processo semelhante ocorreu nas UPAs, outra porta de entrada física para os leitos de covid, que enfrentam dificuldade crescente em referenciar seus usuários para leitos especializados (Assunção, 2023).

Fernandes, Galindo e Valencia (2020) apontavam que, no mesmo município, a ausência de leitos básicos e intermediários para a covid fez com que usuários regulados para as UPAs retornassem às UBSs, em piores condições de saúde. A impossibilidade de internação de usuários sem sinais de insuficiência respiratória, mas com alto risco de agravamento ou contraindicação ao isolamento domiciliar (Pacheco, 2022), retardou a instituição de suporte clínico adequado, causando enorme apreensão nas equipes de saúde, que perceberam o risco de usuários chegarem às UBSs em falência respiratória ou irem a óbito no domicílio sem assistência médica (Romli *et al.*, 2022).

A insuficiência de leitos dedicados a covid-19, aliada ao fluxo de acesso a estes leitos via UBSs e UPAs, comprometeu gravemente a capacidade destas unidades assistenciais de prover cuidados de saúde aos usuários portadores de outras doenças e elevou os riscos de transmissão. O transporte dos pacientes graves do domicílio diretamente para a unidade de referência para tratamento da covid-19, conforme sugere a OMS (Peito; Melo; Longo, 2023), deveria ter sido considerado de extrema prioridade, pois agilizaria a chegada ao local que poderia instituir a terapia definitiva, reduzindo os pontos de contato do paciente com as unidades de saúde e equipes de transporte, muito vulneráveis à infecção pelo SARS-CoV-2, e, assim, evitar o grande número de contágios que ocorreu por essa via (Gabriel; Paulino; Baptista, 2021).

2.9 Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento à pandemia

O enfrentamento da pandemia no Brasil pressupôs mudanças substanciais na forma como os cuidados de saúde são prestados e na reorganização de toda a rede assistencial. Para otimizar o uso dos recursos disponíveis, as estruturas de teleatendimento precisaram conectar-se com o atendimento pré-hospitalar (Samu-Covid) e a regulação de leitos pelo SUS (El-Hage *et al.*, 2020; Ran *et al.*, 2020). Protocolos de triagem e classificação dos casos em leves, moderados e graves, com ou sem risco de complicações, foram implantados para apoiar tanto as decisões do teleatendimento de emergência quanto a APS; comunicações completas e consistentes entre todos os componentes do sistema de

saúde e para a população foram essenciais, havendo uma tentativa para que fossem estabelecidos, na garantia de sua efetividade e transparência (Pan, 2020).

Ainda que grandes mudanças nos fluxos e organização da rede de atenção tenham parecido difíceis, todas as evidências indicaram que fazer mais do mesmo significaria uma maior disseminação da doença e ineficiência na utilização de recursos. A capacidade do sistema de saúde para salvar vidas nesta pandemia dependeu não somente do número de leitos de UTI e respiradores, mas também da organização da rede de atenção para garantir o acesso oportuno a estes leitos, a manutenção das linhas de cuidado para outros agravos e o atendimento a urgências e emergências das mais diversas naturezas. As soluções específicas para essa organização adaptaram-se a cada contexto, respeitando as premissas gerais e a capacidade de resposta local, entendendo que o Brasil é um país continental e heterogêneo. Para as grandes metrópoles, nas quais a doença avançou mais rápido, muito pôde ser feito com as estruturas existentes, complementadas por novos aportes e iniciativas (Farahmandnia, Hamdanieh & Aghababaei, 2020; Calazans, 2021).

Foi preciso reconhecer que esse esforço de reorganização foi limitado em seus resultados, pois não foram resolvidas as deficiências das redes de atenção, frágeis e fragmentadas, com uma APS insuficiente — em muitos lugares do Brasil — para enfrentar uma emergência como foi a pandemia de covid-19, que depende de serviços efetivos e projetados à comunidade. Apesar da expansão da APS, alcançada nas últimas décadas, a ausência de mecanismos para garantir sua sustentabilidade segue ameaçando a continuidade do cuidado em todo o país (Shojaei, 2023). A falta de coordenação entre os níveis assistenciais e a inexistência de fluxos sistêmicos na rede de atenção à saúde, apontadas anteriormente (Soares, Peduzzi & Costa, 2020; Ramos *et al.*, 2021), ficaram ainda mais críticas na pandemia, revelando a importância de se adotar estratégias que possibilitassem às equipes de APS a efetiva coordenação do cuidado.

A epidemia chegou ao país após o estabelecimento do teto de gastos para saúde e educação (Emenda Constitucional nº 95/2016), que congelou ou diminuiu os recursos para saúde (Machado *et al.*, 2015; Machado, 2017). Ao mesmo tempo, políticas importantes e estruturantes para APS foram atacadas: destaca-se o Programa Mais Médicos pelo Brasil, criado para promover atendimento médico em lugares remotos e em periferias urbanas, cuja descontinuidade agravou os vazios

assistenciais em locais altamente vulneráveis (Salomé *et al.*, 2009). Em sequência, o novo modelo de financiamento para a atenção básica (Lombardi; Campos, 2018), imposto pelo Governo Federal, que coloca em risco a universalidade do sistema. A despeito de que novos recursos deveriam ter sido alocados para o SUS durante a pandemia, não se pode ignorar o impacto deletério do crônico e histórico subfinanciamento do SUS sobre a saúde da população, que, em sua maioria, depende exclusivamente desse sistema (Filgueiras, 2016; Laitano *et al.*, 2019).

Mesmo com as deficiências, a importância do SUS no enfrentamento da pandemia foi demonstrada de forma inquestionável. O reconhecimento, agora quase unânime, da necessidade de mais recursos para que o sistema faça frente a outras crises torna o momento oportuno para reforçar e financiar adequadamente o SUS (Ouyang *et al.*, 2022). Para além disso, essa grave emergência sanitária coloca em destaque a posição privilegiada da APS para garantir o acesso a cuidados de saúde e agir sobre os determinantes de saúde frente a um desafio emergente. A priorização da APS, com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fortalecimento de todos os seus atributos, com ênfase nos chamados “derivados” (competência cultural, orientação familiar e comunitária) (Federici, 2019; Fernandes, Galindo & Valencia, 2020), são medidas essenciais para conter a propagação na população de uma outra ameaça, como foi a covid-19.

Portanto, durante a pandemia, observou-se várias situações de mortes indignas, manifestando-se na saúde pública, quando a população ficou nessa fila de espera por falta de leitos, aparelhos ou insumos. Essas cenas repetidas exacerbaram a sensação de impotência, vulnerabilidade e medo dos usuários, familiares e profissionais (Rosa-Cómitre *et al.*, 2023; Farias, Rocha & Pimenta, 2024). Houve reações de compaixão e solidariedade da comunidade, mas também de raiva, pela minimização da situação de pandemia, o negacionismo e o conformismo. Essas são cenas de mistanásia (Pessini, 2015), ou seja, mortes que ocorrem devido à displicência do Poder Público. Essas mortes poderiam ser evitadas se houvesse equipamentos, atendimento integral, espaços e tratamentos eficazes.

A mistanásia acontece com maior frequência entre os desfavorecidos, exacerbando as desigualdades; tratando-se da morte antecipada por negligência. Uma das tarefas dos bioeticistas é fundamentar reflexões para que se possa evitar

essa forma indigna de morte que ocorre no cenário da saúde pública brasileira, sendo anterior à pandemia da covid-19 (Kovács, 2022; Pompeu & Slovic, 2023).

A mistanásia é pouco conhecida por esse nome, embora seja vivida e presenciada por brasileiros nas ruas, nas portas das instituições de saúde, nos corredores e nos leitos dos hospitais devido à falta de insumos (Teixeira *et al.*, 2020; Cabral *et al.*, 2021). Trata-se de uma dor moral, ao se vivenciar a banalização da vida dos seres humanos. A mistanásia induz a um sentimento de insegurança com relação à saúde, tornando os indivíduos vulneráveis, uns mais que outros.

A covid-19 agravou o que estava presente, especialmente, no que diz respeito à saúde pública. A mistanásia sempre existiu, porém precisa ser conhecida e debatida, enfatizando-se a solidariedade, compaixão e, principalmente, a empatia com relação aos mais desfavorecidos — os invisíveis da sociedade (Santana, Pessini & Sá, 2017; Minayo & Freire, 2020).

2.10 Fatores de vulnerabilidade e proteção da saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia: revisões relevantes da literatura

Diante de um contexto de extrema gravidade para a saúde pública, torna-se imprescindível aprofundar o entendimento acerca dos fatores de risco e de proteção relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde que atuam em ambientes hospitalares. Tal compreensão é fundamental para a prevenção do surgimento e do agravamento de transtornos mentais, bem como para a formulação de estratégias eficazes de proteção e promoção da saúde mental desse grupo (Shah *et al.*, 2021).

Estudos conduzidos desde o início da pandemia apontaram fatores de risco e proteção potenciais. A revisão sistemática e meta-análise de Kunzler *et al.* (2021) reuniu dados de 104 estudos para investigar o impacto do início da pandemia na saúde mental da população em geral, de profissionais de saúde e de pacientes, comparando dados de estudos realizados na fase inicial da pandemia com dados coletados antes do início dela. Os resultados apontaram: ansiedade, depressão, Estresse Pós-Traumático (TEPT), distúrbios do sono, estresse e sofrimento psicológico. Especificamente para profissionais de saúde, os resultados sugeriram como fatores de risco ter transtorno mental prévio, ser do gênero feminino, ter preocupações sobre infecção pela covid-19, estar exposto a pacientes com a

doença e em locais com alta gravidade para covid-19. A idade mais avançada foi encontrada como fator de proteção.

A revisão de Stuijfzand *et al.* (2020) dividiu em quatro grupos preditores os fatores de risco e proteção influenciando a saúde mental de profissionais de saúde, sendo eles os preditores organizacionais, sociais, pessoais e psicológicos. A avaliação da saúde mental incluiu TEPT, ansiedade, depressão, burnout, estresse percebido, sofrimento psicológico, estratégias de *coping* e distúrbios de sono. No âmbito organizacional, destacaram-se como fatores de risco o papel ocupacional (contato direto com pacientes infectados agravou quadros de saúde mental), exposição a ambientes de alto risco, estar em quarentena e estresse no trabalho (percepção de falta de controle), percepção de ameaça à segurança e risco; treinamento especializado e preparação foram vistos como fatores de proteção.

No âmbito social, o suporte organizacional, de familiares e de amigos, foi entendido como fator de proteção; rejeição social e isolamento, como fatores de risco. Na dimensão pessoal, ser solteiro, jovem, baixa renda, ter saúde física prejudicada e menos experiência profissional foram pontuados como fatores de risco; e, na dimensão psicológica, destacaram-se como fatores de risco o enfrentamento emocional (“coping”) mal adaptativo, fadiga física e mental, experiência emocional negativa sobre a pandemia e ter transtorno mental prévio antes da pandemia; resiliência foi destacada como fator de proteção.

O estudo transversal conduzido por Fteropoulli *et al.* (2021), realizado com uma amostra de 1.071 profissionais de saúde, identificou fatores de risco semelhantes aos previamente mencionados. Entre os fatores significativos para o agravamento de aspectos psicológicos, tais como qualidade de vida, estratégias de enfrentamento, ansiedade e depressão, destacaram-se o gênero feminino, a atuação na área de enfermagem e a percepção de um ambiente de trabalho inadequado. Além disso, o uso de estratégias de enfrentamento emocional do tipo evitativo mostrou associação significativa com maiores níveis de ansiedade, depressão e *burnout* ocupacional.

Outros fatores de risco foram destacados, por Hao *et al.* (2021), para piora de quadros de depressão e ansiedade: ser profissional de enfermagem e trabalhar na linha de frente. Os resultados apresentados foram: proporções significativamente maiores para depressão moderada a grave para profissionais de

saúde na linha de frente, com 14,6%, quando comparado com profissionais de saúde não atuantes na linha de frente, com 8,7%.

Buscando compreender como diferentes categorias profissionais foram afetadas por eventos traumáticos relacionados à covid-19, Machado *et al.* (2022) investigaram fatores associados a provável diagnóstico para TEPT e depressão; nos principais resultados, com uma amostra de 941 profissionais de saúde, as prevalências para TEPT e depressão foram 25,8% e 48,8%, respectivamente. Especificamente na categoria profissional técnico de enfermagem, houve uma prevalência significativamente para diagnóstico de TEPT, apresentando 1,76 vezes mais chance, em comparação com médicos.

Schneider *et al.* (2021) realizaram uma revisão sobre os fatores mediadores, de risco e proteção, do bem-estar psicológico de profissionais de saúde em resposta à pandemia. Nos 39 artigos incluídos nesta revisão, identificaram-se, como mediadores psicológicos: a autoeficácia e a aceitação altruística como fatores de proteção para, respectivamente, o sofrimento psicológico, e sintomas depressivos e de Estresse Pós-Traumático como fatores de risco. Com relação aos mediadores organizacionais, o suporte percebido, oferta de serviços de cuidados em saúde mental e educação em métodos de *coping* foram entendidos como fator de proteção para transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão*, burnout* e TEPT.

De fato, estratégias apropriadas de enfrentamento emocional (“coping”) foram apontadas como importantes fatores de proteção para evitar consequências negativas para a saúde mental dos profissionais de saúde. O estudo transversal de Htay *et al.* (2021, p. 55) utilizou-se de uma amostra de 2.166 profissionais de saúde de 32 países, investigando as estratégias de *coping* por meio da pergunta: “Como você lida com o estresse durante a pandemia de covid-19?”. As estratégias pesquisadas foram: suporte familiar, suporte de colegas, religião/oração, exercícios, pensamento positivo e *mindfulness*/meditação. Para mais de 70% da amostra, ter suporte familiar e pensamento positivo foram as estratégias de enfrentamento mais usadas.

Por fim, e não menos importante, Bana (2020) destacou que os fatores de risco enfrentados pelos profissionais de saúde estão presentes em situações diárias, e aumentam em épocas de surtos epidêmicos e pandêmicos. Nesse estudo, a autora ressaltou que o lidar com a perda de pessoas e cuidar dos colegas de trabalho infectados foram fatores desafiadores à prática profissional, sendo fatores

de risco para o aumento do estresse durante esses períodos. O estudo destacou, também, a importância de fornecer suporte psicossocial durante e após o período de pandemia, reforçando que este suporte deveria constar entre os cuidados obrigatórios de saúde ocupacional e medidas de segurança, portanto um importante fator de proteção, a fim de manter a qualidade nos cuidados de saúde e da vida desses profissionais.

Portanto, o forte empenho de profissionais de saúde no combate às doenças infecciosas responsáveis pelas últimas epidemias e, mais recentemente, pela pandemia da covid-19 ficou evidente (Khee *et al.*, 2004; Park *et al.*, 2018; Neto *et al.*, 2020). No entanto, o surgimento dessas infecções emergentes exerce um efeito importante na saúde mental de profissionais de saúde.

De acordo com Busch *et al.* (2020), as doenças infecciosas emergentes e reemergentes continuarão a representar uma ameaça constante para a população em geral e, de forma específica, para os sistemas de saúde e os profissionais que atuam nesse contexto. Nesse cenário, o enfrentamento de epidemias e pandemias pode gerar preocupações e sintomas psiquiátricos, sendo a percepção de falta de controle sobre a vida pessoal e profissional durante esses eventos um fator crucial para o desenvolvimento de sofrimento psicológico e para o agravamento da saúde mental desses profissionais. Embora a revisão dos autores não apresente dados conclusivos sobre os efeitos prejudiciais em longo prazo, reforça-se, tanto em trabalhos anteriores quanto neste estudo (Sim & Chua, 2004; Busch *et al.*, 2020), a necessidade de pesquisas adicionais para compreender melhor esse impacto psicológico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender o processo de luto pela covid-19 dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros e pacientes enlutados no contexto de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

3.2 Objetivos específicos

a) Identificar os fatores de risco e proteção para prevenção da saúde mental dos profissionais de saúde e pessoas em situação de luto usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS).
b) Contribuir para a implementação de ações de políticas públicas no cenário brasileiro com foco na saúde, tanto para os usuários quanto para os profissionais de uma UBS.
c) Elaborar um protocolo de atendimento psicológico orientado para a intervenção, tanto em nível secundário quanto terciário, do luto complicado.

4 MÉTODO

4.1 Escolha do método

A presente pesquisa é de natureza qualitativa de caráter exploratório. Esse método foi escolhido porque mostra uma abordagem de investigação acadêmica diferente daquela apresentada pelos métodos de estudos quantitativos. Embora os processos sejam semelhantes, o método qualitativo parte de dados baseados em imagem e texto, possui passos singulares na análise de dados e “se vale” de diferentes abordagens (Creswell, 2010; 2021, p. 149).

Minayo (2010, p. 57) conceitua o método qualitativo como “aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem”. Este método, por meio do fundamento teórico, permite desvelar os processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de abordagens novas, criação e revisão de novos conceitos durante a investigação (Minayo, 2010). Além de que, o encontro entre pesquisado e pesquisador promove uma investigação contextualizada e única (Berthoud, 2000; Stake, 2010).

Elegeu-se o estudo de casos múltiplos, pois é um método que vem sendo aplicado na investigação científica na área da psicologia (Yin, 2015). Diferentemente do estudo de caso único, as condições para o planejamento da investigação são diferentes no estudo de casos múltiplos, pois cada caso pode servir a um propósito específico, dentro do objetivo mais amplo da pesquisa; cada um dos casos consiste em um todo, com conclusões próprias. Assim, os casos buscam similaridade em seus resultados ou visam a contrastar resultados (Yin, 2014).

Faz-se importante pontuar que, segundo o autor (Yin, 2015), o estudo de caso é definido como uma investigação empírica que busca em profundidade um fenômeno contemporâneo, isto é, o caso em seu contexto do mundo real; caracterizando-se como um método abrangente, que contempla desde o planejamento do projeto de pesquisa, com a definição de seus componentes, até as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para análise de dados. Classificam-se em estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos, sendo este segundo tipo aquele que envolve mais do que um único caso, tendo como vantagem

proporcionar, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto (Ventura, 2007; Yin, 2015).

Em sua complexidade, a partir de um contexto (Baxter; Jack, 2008), o estudo de caso é um recurso valioso tanto para a execução de uma pesquisa científica quanto para o desenvolvimento de práticas na Psicologia. Se bem conduzido, torna-se tão fidedigno e valioso quanto outras estratégias metodológicas (Peres; Santos, 2005). É um método valioso para desenvolver teorias e intervenções, bem como para avaliar programas, afirmam Baxter e Jack (2008).

Portanto, o uso deste método constitui uma estratégia de pesquisa científica, possibilitando a investigação do fenômeno no contexto real, com diversas fontes de evidência, que permitem a reflexão e a busca de alternativas para solução dos problemas, e, consequentemente, contribui para o avanço do conhecimento (Yin, 2015). Além do que, o delineamento escolhido possibilitou dar voz aos enlutados e aos profissionais de saúde com uma escuta atenta e qualificada, com o objetivo de possibilitar a construção de um protocolo de atendimento ao luto na rede pública de saúde.

4.2 Papel do pesquisador

A pesquisa qualitativa não tem como objetivo a neutralidade e a imparcialidade total do pesquisador. Ao contrário, compreende-se o próprio como parte do produto da pesquisa, sendo suas emoções e observações, ao longo do processo, rica fonte de dados para a pesquisa.

Segundo Guba e Lincoln (1995), no processo de pesquisa, os dados do estudo são produzidos tanto pelo pesquisador quanto pelo pesquisado, considerando que a relação do investigador com as informações obtidas interfere e agrega conteúdos na construção do conhecimento pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, “A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera” (Turato, 2003, p. 26). Além disso, ter acesso ao local de pesquisa e as questões éticas, que podem surgir, são, também, elementos do papel do pesquisador (Creswell & Creswell, 2021).

4.3 Procedimento para coleta de dados

4.3.1 Instrumento para coleta de dados

Acredita-se que as estratégias metodológicas devem facilitar o entendimento da complexidade dos fenômenos por meio de um olhar "descontaminado" (estudos e teorias preexistentes, de instrumentos de medida) e de uma atitude investigativa, que analise o que está por trás do que emerge como dado de pesquisa (Mattar; Szymanski, 2005, p. 3). No caso do estudo sobre o luto, o olhar da pesquisadora focou sobre o indivíduo que vivencia o luto e, também, nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que os atendem na UBS, com o intuito de compreender os processos de cuidados dados e recebidos com relação à vivência do luto complicado na saúde pública.

As estratégias a serem descritas surgiram em meio ao desafiador desejo de criar condições para que o fenômeno se revelasse a despeito de concepções teóricas preexistentes, bem como desenvolver um trabalho que, sobretudo, incorpore e privilegie as construções pessoais dos participantes desta pesquisa ao fenômeno em questão. A solução metodológica encontrada para essas questões e que se propõe a ser um método de entrevistas dinâmicas e interativas foi a denominada entrevista reflexiva (Symanski, 2001).

Portanto, em função da possível vulnerabilidade dos participantes, e de forma a lhes garantir o cuidado, bem como proporcionar elementos que possam contribuir para o estudo de caso instrumental coletivo, optou-se por utilizar, como instrumento de coleta de dados, a entrevista reflexiva.

A proposta da entrevista reflexiva supõe que a entrevista seja um encontro interpessoal que inclui as subjetividades do participante e do entrevistador, que, juntos, vão construir um novo conhecimento por meio do encontro de seus mundos culturais e sociais, numa condição horizontal e equilibrada das relações de poder (Mattar; Szymanski, 2005).

As entrevistas foram únicas e realizadas com o tempo estimado de uma hora/uma hora e meia com cada participante individualmente. Para tais entrevistas reflexivas, foram feitas as seguintes perguntas disparadoras:

a) *para os profissionais, médicos e enfermeiros*: “Conte-me sobre seu contato com a temática luto em sua assistência profissional e como o luto é acolhido nesta UBS”;
b) *para as pessoas em situação de luto*: “Conte-me sobre a história de sua perda e quais foram os cuidados emocionais oferecidos após a morte”.

A intenção das perguntas foi compreender as ideias que os participantes têm acerca do objeto de estudo sobre o qual a pesquisadora pretendia conhecer. As perguntas estimularam e convidaram os participantes a expressarem seus pensamentos mais livres e sinceros. As entrevistas foram gravadas em áudio, via telefone celular da pesquisadora, com o prévio consentimento dos participantes.

4.3.2 Participantes e procedimentos

A constituição da amostra em uma investigação científica constitui um momento que depreende atenção e cuidado. Porém, pouco se comenta sobre a escolha dos participantes da amostra, entendendo-se tratar de um processo naturalmente menos complexo, sendo, por essa razão, compreendido como de fácil realização (Campos; Seidel, 2022). Porém, um dos pressupostos essenciais do método qualitativo é: o enfoque dos dados pesquisados é a demonstração da perspectiva dos significados atribuídos pelos participantes (Bogdan, 2006). Isso implica na importante e criteriosa eleição de participantes da amostra que consigam entregar dados ricos em significados do fenômeno estudado ao pesquisador, cabendo a este último a compreensão e as interpretações desses significados (Turato, 2013). Portanto, são os atores sociais que darão voz ao objeto de estudo por meio de suas experiências, vivências e processos cotidianos.

Sendo a imersão do pesquisador, no contexto naturalístico do participante, um quesito indispensável para que se consiga, por meio de observação atenta e do inter-relacionamento, os primeiros indícios ou evidências indicativas de que um potencial participante possa se mostrar um informante qualificado, na perspectiva de fornecer dados abundantes relacionados à temática de pesquisa (Turato, 2013; Campos & Seidel, 2022).

Após a aprovação deste projeto pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE 68653823.6.000.5482 (P) e68653823.6.3001.0086

(Pc), o presente estudo foi dividido da seguinte forma, para a escolha dos participantes:

1) *primeira etapa*: foi feito o convite para as pessoas em situação de luto que perderam seus entes queridos pela covid-19 usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro (São Paulo, SP):
    a) *critérios de inclusão*: pessoas enlutadas em decorrência de perda significativa, segundo a avaliação do participante, por covid-19; ser de qualquer identidade de gênero; com idade a partir de 18 anos, tendo em vista que se trata de um estudo com a população adulta; e anuir com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE);
    b) *critério de exclusão*: o enlutado que não fosse usuário da UBS citada.

O convite foi feito aos participantes, pela própria pesquisadora, pelo critério de seleção intencional dos participantes, auxiliando de forma mais efetiva a pesquisadora no entendimento do problema e da questão da pesquisa. Esse critério não sugeriu uma amostragem ou seleção aleatória dos participantes e local, como, em geral, é observado na pesquisa quantitativa (Creswell & Creswell, 2021). O tamanho da amostra se deu pela saturação, quando as categorias (ou temas) foram saturados, isto é, quando a reunião de novos dados não provocou novos “insights” ou revelaram novas propriedades (Charmaz, 2009, p. 156). Ficou, portanto, ao final da pesquisa, o número de 6 (seis) participantes, descritos a seguir:

Quadro 1 – Participantes (pseudônimos, para preservar suas identidades)

NOME	**IDADE**	**FALECIDO**
Helena	34	Primo
Edwiges	69	Primo
Simone	50	Amigo
Samara	36	Patrão
Irma	38	Vizinha/Amiga
Ronilda	75	Cunhada

Fonte: entrevistas realizadas pela pesquisadora do presente estudo.

2) *segunda etapa*: o convite foi feito para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro (São Paulo, SP):
    a) *critérios de inclusão*: ser médico e enfermeiro graduado e exercer suas atividades profissionais na UBS e concordar com a participação na presente pesquisa e anuir com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS);
    b) *critério de exclusão*: o profissional de saúde (médico e enfermeiro) que não exercesse suas atividades profissionais na UBS – Bom Retiro (São Paulo, SP).

As equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS), no momento da realização da presente pesquisa, apresentavam o seguinte cenário de profissionais: 3 (três) médicos e 7 (sete) enfermeiros, num total de 10 (dez) profissionais, revezando-se entre os períodos de manhã, tarde e noite na referida UBS.

Os 10 (dez) profissionais foram convidados a participar da presente pesquisa, pessoalmente, pela pesquisadora. Após o aceite, as entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais. Procurou-se não interferir em suas rotinas de trabalho. Estão descritos a seguir:

Quadro 2 – Participantes (pseudônimos, para preservar suas identidades)

NOME	**IDADE**	**PROFISSÃO**
Patrícia	53	Enfermeira
Renata	36	Enfermeira
Gabriel	27	Enfermeiro
Eliane	30	Enfermeira
Isamar	52	Enfermeira
Vanda	46	Enfermeira
Fernando	34	Médico
Paulo	70	Médico
Alexandre	35	Médico
Nátaly	24	Enfermeira

Fonte: entrevistas realizadas pela pesquisadora do presente estudo.

4.3.3 Local

O local escolhido para a presente pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro – Dr. Octavio Augusto Rodovalho, localizada na cidade de São Paulo, no seguinte endereço: Rua Tenente Pena, nº 8, bairro Bom Retiro. Telefone de contato: (11) 3222-0619.

A escolha se deu por atender aos objetivos desta pesquisa, pois, além de as consultas aos usuários do equipamento serem realizadas por médicos e enfermeiros, o bairro do Bom Retiro esteve entre os bairros paulistanos com maior proporção de mortes pelo novo coronavírus na cidade de São Paulo, sendo uma das regiões de maior vulnerabilidade ao contágio por covid-19 devido à presença de ocupações e cortiços (Brasil, 2020).

Na presente UBS, os atendimentos acontecem nos turnos da manhã, tarde e noite (exceto sábados e domingos), com início das atividades às 7h da manhã e fechamento das atividades às 19h.

4.3.4 Procedimento para a análise dos dados

A proposta da análise do material coletado é fazer de uma forma que fique compreensível, de maneira que esta investigação possa ser replicada, por sugestão de Stake (2005), e considerando alguns elementos relacionados à integridade do tratamento psicológico (Sanetti; Kratichwill, 2014).

A análise qualitativa tem como base a literatura pesquisada, estabelecendo uma relação entre o conteúdo expresso de informações obtidas de cada participante e as observações da pesquisadora na interação com as informações colhidas, bem como o material publicado por profissionais e pesquisadores da temática investigada na presente pesquisa. Segundo Stake (2000), esse tipo de análise qualitativa possibilita a assimilação do fenômeno a partir do seu contexto.

A análise dos dados teve seu início conjuntamente ao processo de coleta das entrevistas. Desde o momento do aceite e da marcação de entrevistas com os profissionais da área da saúde até o aceite das pessoas em situação de luto, tentou-se compreender o que estava sendo dito de forma verbal e não verbal, com o objetivo de apreender o maior número de dados relevantes para o presente estudo.

Questões que se manifestaram no encontro entre a pesquisadora e os participantes foram, também, consideradas, pois se tornaram fundamentais para a compreensão dos casos. No entanto, procurou-se não estabelecer nenhum tipo de fechamento precipitado a respeito dos casos, pois se pretendeu que a construção final da análise fosse alcançada por meio do processo gradativo de aproximação do material coletado, tendo em vista o todo, e não somente as partes isoladas.

A construção de significado feita pela pesquisadora poderia ter seguido outros rumos, por não ser definitivo ou absoluto. Outros enfoques poderiam ter sido dados e os significados são sempre possíveis de reconstruções. No entanto, a finalização da análise se deu a partir da compreensão da pesquisadora de que os dados estabeleceram uma conversa harmônica entre si e, também, na comparação com os demais casos.

A análise temática foi o método analítico escolhido para a presente pesquisa. Mesmo sendo apontada como um método pouco demarcado e reconhecido, é amplamente utilizado na área da Psicologia (Braun; Clarke, 2006).

A escolha se deu porque a análise temática pode assumir abordagens distintas, como a essencialista ou realista, que se concentra em descrever as experiências, significados e a realidade dos participantes. Em contrapartida, também pode adotar um enfoque construtivista, que avalia de que forma eventos, realidades e significados são produzidos por diferentes discursos sociais. Além disso, existe a perspectiva contextualista, posicionada entre o essencialismo e o construtivismo. Assim, a análise temática tanto pode refletir a realidade quanto questioná-la ou aprofundar sua compreensão. Entretanto, é fundamental deixar clara a orientação teórica adotada, pois ela nem sempre é explicitada e, quando ausente, costuma se alinhar ao realismo (Braun; Clarke, 2006).

Na análise temática, os temas ou padrões dentro dos dados são identificados por indução ou por dedução. A análise indutiva é guiada pelos dados, sem se encaixar em um modelo de codificação preexistente ou por preconceitos analíticos do pesquisador. No entanto, como uma análise teórica ou dedutiva é, por consequência, mais explicitamente orientada por quem analisa, tende a descrever menos os dados em geral, ressaltando, de forma mais detalhada, alguns aspectos dos dados (Braun; Clarke, 2006).

Com a realização da análise temática, na presente pesquisa, houve a possibilidade do fornecimento de uma descrição detalhada e diferenciada sobre um determinado tema específico ou um grupo de temas, dentro da análise de dados.

Portanto, a análise temática envolve a busca a partir de um conjunto de dados, seja originário de entrevistas — como apresentado neste estudo —, grupos focais ou de uma série de textos, com o objetivo de encontrar os padrões repetidos de significado. Braun e Clarke (2006, p. 51) descreveram que a análise está envolvida num constante movimento “para frente e para trás” pelo conjunto de dados, isto é, pela análise dos extratos codificados ou produzidos a partir da análise. Assim, a escrita surge como uma parte integral da análise, não como algo deixado apenas para fim, como ocorre com as análises estatísticas.

Ante o exposto, após a coleta dos dados da presente pesquisa, o processo analítico prosseguiu ao longo das transcrições. A pesquisadora estabeleceu contato com as entrevistas transcritas — de modo a não ser invadida por impressões, procurou-se não dirigir o processo (leitura flutuante). Atentou-se ao surgimento de hipóteses emergentes, a partir do diálogo do material colhido com as teorias já existentes, bem como com os objetivos da presente pesquisa.

Realizou-se a análise temática dos significados emergentes do material e criaram-se temas de análises dos dados, relacionados aos objetivos deste estudo. Portanto, não se trabalhou com temas predeterminados. Os dados foram categorizados e organizados de acordo com os seguintes pressupostos: diferenciar temas de natureza e classificações distintas; esgotar a totalidade do texto por meio de sua leitura exaustiva; não classificar o mesmo elemento de temas em categorias distintas; adequar a classificação ao tema e ao objetivo desta pesquisa.

Esse processo foi realizado com o material de cada participante, separadamente; analisou-se cada entrevista, trecho por trecho. O processo inicial, como exposto anteriormente, foi realizado de forma livre e atenção flutuante; procurou-se, dessa forma, escutar o que os participantes estavam dizendo e levantou-se hipótese a respeito, com base na teoria apresentada na revisão bibliográfica deste estudo. A próxima etapa consistiu em separar os trechos das diferentes entrevistas e sua respectiva análise, de acordo com os temas levantados.

Em seguida, a pesquisadora realizou uma nova análise de cada tema, a partir do material geral correspondente àquele tema. Após essa análise, foi revisto todo o material para redefinir sua organização, ou seja, juntaram-se categorias

semelhantes ou diferentes temas que pertenciam a uma mesma categoria. Finalmente, após a realização da análise de todos os casos, reviram-se as categorias de todos os casos. Embora cada caso tenha sua particularidade, com categorias distintas, na maioria das vezes um caso permitiu compreender algum elemento que não se conseguiu atentar em outro.

Em todo o processo de contato com o material colhido dos participantes, houve dois movimentos diversos que foram fundamentais para a análise: aproximar-se de forma intensa dos dados e distanciar-se deles, para, em outro momento, voltar, novamente, a uma aproximação, de maneira distinta. O constante movimento “para frente e para trás”, citado por Braun e Clarke (2006, p. 51).

A análise, assim como o luto, é um processo de elaboração e, a propósito, envolve, também, um processo dual de entrar em contato com a emoção dos dados e se deixar ser tomado por ela — requerendo, entretanto, o afastamento, para que a pesquisadora pudesse sobreviver a sua criação e não ser totalmente tomada por ela.

Para tal, depois de todo o processo descrito da análise, foi feita uma nova leitura e familiarização: a pesquisadora fez uma nova leitura de todas as entrevistas dentro de cada grupo para se familiarizar com o conteúdo geral, para serem apresentadas de formas agrupadas, pois cada um desses grupos compartilha características e contextos semelhantes, o que justifica uma apresentação agrupada, ou seja, ao invés de reportar cada entrevista individualmente, foram-se identificados os temas gerais que emergiram dentro de cada grupo:

Profissionais de saúde enfermeiros (sete participantes)

a) A desvalorização e desigualdades no trabalho de enfermagem.
b) As adversidades enfrentadas pela enfermagem da UBS durante a pandemia de covid-19.
c) Competências emocionais e formação em enfermagem para lidar com a morte e o luto no contexto da Unidade Básica.
d) Experiências de luto e desafios de saúde mental na enfermagem da UBS durante a pandemia.

Profissionais de saúde médicos (três participantes)

a) O medo e seus impactos emocionais nos médicos da UBS durante a pandemia de covid-19.
b) O impacto da morte e do luto na prática médica da Unidade Básica durante a pandemia de covid-19.
c) A preparação insuficiente dos médicos acerca da morte e luto na prática clínica.

Pacientes enlutados (seis participantes)

a) Desafios nas condições de vida dos usuários da UBS e seu impacto na saúde mental durante a pandemia de covid-19.
b) As particularidades do processo de luto por covid-19 vivenciadas pelas usuárias da UBS: a dor da perda.
c) As repercussões da ausência de ritos fúnebres na experiência de luto das usuárias da UBS durante a pandemia.

Durante a análise, escolheu-se para a apresentação dos dados de cada temática alguns trechos mais significativos para a sua composição, de forma a ajudar o leitor a entrar no mundo dos participantes, como foi realizado pela pesquisadora.

5 CUIDADOS ÉTICOS

Pensando na vulnerabilidade apresentada pelas pessoas em situação de luto, como afirma Franco (2010), e nos profissionais de saúde participantes, esta pesquisa seguirá as exigências éticas de pesquisa envolvendo os seres humanos. Esta pesquisa, após ser submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP) (instituição participante) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS – SP) (instituição coparticipante), foi aprovado pela Plataforma Brasil, sob os respectivos números do parecer 6.025.772 e 6.459.993, de acordo com os registros CAAE 68653823.6.000.5482 (P) e 68653823.6.3001.0086 (Pc).

Tais princípios éticos estarão em concordância com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), órgão responsável pela regulamentação da realização de pesquisas com seres humanos. Também estarão de acordo com o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2005), que garante o sigilo com relação aos dados de cada entrevistado, inclusive no uso de voz e imagem. Tomaremos o cuidado, em função de o tema pesquisado com os participantes estar relacionado a conteúdos que envolvem sofrimento, e usaremos como base a Resolução nº 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia para que esta pesquisa possa ser classificada como sendo de risco mínimo.

Além disso, os cuidados necessários serão implementados para não se promover a maleficência do estudo. A pesquisadora se comprometerá a prestar qualquer assistência que se fizer necessária no decorrer das entrevistas, sem custo financeiro para os participantes.

As decisões tomadas para a elaboração desta pesquisa estão apoiadas nos autores Beck e Konnert (2007), estudiosos dos efeitos das participações de enlutados em estudos que abordam suas vivências. Esses autores afirmam que estas pesquisas apresentaram mais efeitos benéficos, significativos, do que os riscos potenciais, desde que sejam respeitados o princípio ético e os cuidados adequados com relação à ética da pesquisa.

6 APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

6.1 A Unidade Básica de Saúde (UBS)

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do ano de 2021, existem cerca de 44 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o Brasil. Essas unidades estão distribuídas por todo o território nacional, atendendo a população de diferentes regiões, estados e municípios.

A UBS é regulamentada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que institui em todo o território brasileiro a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No Art. 6º da PNAB, define-se que “Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS”.

As UBSs são a porta de entrada para o sistema público de saúde no Brasil, desempenhando um papel fundamental no atendimento à saúde básica da população, tais como: consultas médicas, exames básicos, vacinação, planejamento familiar, pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas. Essas unidades também são responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de doenças, além de encaminhar, quando necessário, pacientes para serviços de maior complexidade.

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, que trabalham em conjunto para atender às necessidades de saúde da população. Entre os profissionais que podem trabalhar em uma UBS, estão: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), farmacêuticos e nutricionistas. Faz-se importante lembrar que a equipe pode variar de acordo com as necessidades da população e com as políticas de saúde do país, porém a PNAB estabelece esses critérios mínimos da composição da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS).

As UBSs são importantes para garantir o acesso a saúde de qualidade para a população, especialmente aqueles que vivem em áreas rurais ou em comunidades mais pobres e vulneráveis. Essas unidades são fundamentais para

garantir que os cuidados de saúde estejam disponíveis e acessíveis a todos, independentemente da sua situação financeira ou social. Quando não é possível a realização do atendimento em uma UBS, o caso é encaminhado para uma Unidade de Pronto Atendimento(UPA). Na ocasião em que o paciente é atendido, primeiramente, na UPA, ele é orientado a procurar uma UBS para fazer um acompanhamento da saúde.

Portanto, na hierarquização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento se inicia na atenção básica e, da maneira como está estruturada sua política de atuação, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a repartição inicial para esse atendimento, no âmbito municipal.

É a partir de uma territorialização que será definida a área da UBS, podendo se dar por meio dos limites de um ou mais distritos ou bairros. Assim, será delimitada a população que fará uso do atendimento na UBS, sem que seja necessária uma busca espontânea pelos serviços, mas sim um acompanhamento da saúde da comunidade local (Faria; Bortolozzi, 2012).

Ante o exposto, a região Centro-Oeste da cidade de São Paulo, na qual a UBS – Bom Retiro está localizada, é considerada, pela Prefeitura de São Paulo, uma região com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) de baixo patamar (Prefeitura, 2019).

Contudo, esses índices não apresentam as mesmas taxas em todos os bairros da região; o Bom Retiro é o que demonstra uma maior discrepância, sendo o único que apresenta o IPVS 6; esse valor é atribuído a aglomerados populacionais considerados em condições subnormais — o IPVS tem uma escala de 1 a 7, na qual o maior valor é relacionado às localidades com alto grau de vulnerabilidade. O bairro do Bom Retiro apresenta 532 moradias sob esse indicador. Com essas informações, pode-se inferir que a assistência em saúde (UBS – Bom Retiro) foi necessária para que esses índices pudessem ser alterados, transformando a qualidade de vida da população da referida região.

A UBS Bom Retiro atua em parceria com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e seus profissionais de saúde são contratados pela instituição em regime de contratação inserido na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Esta unidade está inserida dentro dos limites administrados pela Coordenadoria Regional de Saúde Centro, que, no momento de realização do

estudo de campo desta pesquisa, se chamava Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, e da Supervisão Técnica de Saúde Sé.

Sua área de abrangência, segundo dados fornecidos pela gestora responsável, possui 25.960 habitantes. Destes, 15.137 são cadastrados e atendidos pela UBS, sendo estimados que cerca de 10 mil deles estejam divididos em cidadãos de origem boliviana, paraguaia, coreana e grega.

Os serviços prestados pela UBS – Bom Retiro são de acolhimento; acompanhamento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura); curativo; dispensação de medicamentos e contraceptivos; consulta médica e enfermagem; coleta de exames; grupos de educação em saúde; imunização (vacinas); nebulização (inalação); planejamento familiar; teste de gravidez; visita domiciliar; exame de prevenção de câncer do colo do útero (Papanicolau).

A unidade participa dos programas governamentais mãe paulistana; remédio em casa; automonitoramento glicêmico; e PAVS – Programa Ambientes Verdes e Saudáveis e oxigenoterapia. Além disso, possui grupos de atividades educativas para a população, como grupos de planejamento familiar reprodutivo, grupo de gestantes, artesanato e *liangong* — prática fundamentada na medicina tradicional chinesa.

A atuação multidisciplinar é dividida entre quatro equipes de profissionais, cada uma composta por um grupo de agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico da família. O conjunto das equipes conta com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), grupo de profissionais que prestam atendimento de atenção secundária e deveriam participar dessa unidade: assistente social, educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Porém, no momento de desenvolvimento da presente pesquisa, esse quadro encontrava-se defasado e a gestora estava em processo de contratação de novos profissionais da área da saúde para a unidade.

Como a UBS é uma unidade de saúde de atenção primária, que trabalha com uma área georreferenciada, a população acolhida é a própria comunidade do bairro, e os atendimentos não são realizados somente por meio da livre demanda, isto é, não é sempre que a população procura os serviços de saúde, existem os profissionais, normalmente os agentes de saúde, que realizam visitas domiciliares e buscas ativas para cadastrar os pacientes/usuários e ajudam na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os agentes de saúde devem pertencer à

comunidade, morando dentro de território de abrangência da unidade, existindo, assim, uma maior proximidade entre a UBS e a comunidade inserida em seu território.

Esses agentes comunitários, junto às equipes de Saúde da Família e às equipes de Atenção Primária, têm uma ação de base territorial. Eles conhecem a população de perto e, com base disso, conseguem identificar as vulnerabilidades de cada região, para uma ação singular de cuidado à sua população. Por essa razão, o trabalho que aconteceu na Atenção Primária de Saúde (APS), sob a perspectiva da Estratégia Saúde da Família, foi basilar e potente diante da conjuntura da pandemia.

Foram necessários diversos ajustes na estrutura das UBSs brasileiras, incluindo a UBS – Bom Retiro, precisando uma nova adaptação para assegurar a saúde de seus profissionais e dos pacientes. Também foi necessário que as equipes se reorganizassem por ações de educação para a prevenção do contágio, infecção e reinfecção por covid-19. As equipes precisaram, ainda, se ajustar para fazer o diagnóstico de casos novos por meio de testagem e para ofertar testes rápidos, em meio ao caos pandêmico, além de monitorar casos para encaminhamento necessário a outros níveis de atenção, sendo um dos grandes papéis da APS na rede de atenção à saúde, com o intuito de evitar agravamento e maiores complicações, incluindo os óbitos.

O cuidado dos pacientes/usuários neste contexto de pandemia envolveu toda a articulação da rede da atenção à saúde, que não se resume à APS. Foi necessária uma comunicação entre os distintos níveis para que se tivesse uma resposta efetiva e eficiente para o cuidado da população assistida, e a APS representou o centro de comunicação com toda a rede.

A atuação das equipes de Saúde da Família foi crucial em todos os estágios da pandemia, mas houve algumas limitações, como as ações articuladas entre essas equipes e a Vigilância em Saúde no contorno da covid-19. Foram ações que requereram profissionais sensibilizados, prontos para refletirem o papel da Vigilância em Saúde, da participação social e da ação da comunidade para o enfrentamento dessa pandemia.

Com a questão do distanciamento social e a precarização das vidas sociais e econômicas, existiram outros problemas que transbordaram nas UBSs, como os transtornos mentais, as violências domésticas, o alcoolismo e o agravamento de condições crônicas. Em razão desse cenário, requereu-se e foram

exigidos cuidados integrais longitudinais. Fez-se necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais e, além disso, estratégias que garantissem a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado da saúde.

Isso evidenciou que, embora se contasse com uma Atenção Primária à Saúde (APS) considerada efetiva, não houve acesso adequado aos serviços hospitalares para os casos intermediários e graves de COVID-19 (que já vinham sendo identificados, por exemplo), comprometendo, assim, a eficácia do cuidado de forma geral. Portanto, a pandemia aclarou a necessidade de que toda a rede necessita funcionar integralmente, não só a rede da APS, mas também a rede de atenção especializada. A pandemia da covid-19 foi um momento que exigiu novas configurações para os processos de trabalho das equipes, junto, inclusive, com a população, sendo um momento de solidariedade e fortalecimento das redes.

Faz-se importante pontuar que o impacto da doença covid-19 foi maior nas ocupações com menores salários e mais próximas à linha de frente, tais como auxiliares e técnicos de enfermagem, que morreram proporcionalmente mais do que enfermeiros, e esses, proporcionalmente, mais do que os médicos. Por essa razão, é possível compreender o quanto os profissionais da saúde, médicos e enfermeiros, foram atingidos no começo da pandemia por estarem mais expostos. Nos primeiros meses da pandemia, a curva do excesso de desligamentos por morte entre os profissionais da saúde era mais elevada do que a da totalidade das ocupações no Brasil, ou seja, os profissionais da saúde morriam proporcionalmente mais. Em maio de 2020, as mortes excedentes chegaram ao dobro da média anterior (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

O Brasil conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem mais de 200 mil unidades ambulatoriais e hospitalares. São cerca de 430 mil leitos públicos disponíveis e um contingente em torno de quatro milhões de trabalhadores da saúde.

Dentre esses trabalhadores, os que se destacaram, no cenário da pandemia de covid-19, foram os médicos e os enfermeiros, por terem sido o núcleo da assistência, atuando nos hospitais, UBSs e ambulatórios de referência para o atendimento dos infectados pelo novo coronavírus em todos os 5.570 municípios das cinco regiões do Brasil (Fagundes *et al.*, 2020). Além de sua importância técnica e estratégica, essas duas categorias somam mais de 2,9 milhões de profissionais, o

que representa 72,5% do total da força de trabalho em saúde (FTS) do país (Machado *et al.*, 2023).

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020), em dezembro de 2020, o Brasil contava com 552.543 médicos. Já os dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2020) mostraram que, em dezembro de 2020, o país tinha 582.212 enfermeiros e 1.799.996 auxiliares/técnicos de enfermagem, totalizando 2.934.751 profissionais. Esses números atestam a hegemonia e a perenidade desse contingente profissional estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e que se mostrou essencial e imprescindível na pandemia que atingiu o país e o mundo (Machado *et al.*, 2023).

Porém, a vulnerabilidade dos profissionais de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros, no período pandêmico, teve por consequência a sobrecarga e precarização do trabalho, dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual (EPIs), entre outros fatores relacionados ao trabalho cotidiano dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) — caso ocorrido e relatado durante a coleta de dados da presente pesquisa na UBS – Bom Retiro (São Paulo, SP). Dessa forma, esses protagonistas da linha de frente ficaram mais suscetíveis à contaminação, resultando em afastamentos, principalmente da equipe de enfermagem, e óbitos, em decorrência de covid-19.

Na referida UBS, o quadro de médicos e enfermeiros diminuiu consideravelmente, durante e no pós-pandemia, em razão das mortes desses profissionais e o afastamento por doenças (depressão, ansiedade e Estresse Pós-Traumático (TEPT)), diminuindo o quadro de profissionais da saúde. Antes com a presença de 10 (dez) médicos e 17 (dezessete) enfermeiros no total de profissionais, que dividiam os turnos (manhã, tarde e noite) na UBS – Bom Retiro, no período da presente pesquisa o quadro de profissionais da saúde ficou com 3 (três) médicos e 7 (sete) enfermeiros. A saber, também no período de coletas de dados, não havia psicólogo, assistente social e fisioterapeuta contratados na unidade.

Esse cenário destacou o que foi publicado no Boletim Epidemiológico Especial 22, do Ministério da Saúde (MS), em que se descreve que a covid-19 deixou uma marca indelével entre os profissionais de saúde. Mais uma vez, os profissionais mais acometidos àquela época eram: auxiliares e técnicos de enfermagem (62.633 pessoas, 34,8% do total), enfermeiros (26.555 pessoas, 14,7%

do total), médicos (19.858 pessoas, 11,02% do total). O citado boletim (Brasil, 2022, p. 36) destacou que “os dados apresentados de casos e óbitos da covid-19 hospitalizados, de profissionais de saúde, refletem um recorte dos casos graves nessas categorias, e não representam o total dos acometidos pela doença no país” (Brasil, 2022).

Ante o exposto, foi percebido que não eram somente os pacientes/usuários da UBS que se encontravam de luto pelos seus entes queridos mortos por covid-19: os profissionais de saúde também perderam seus colegas; o paciente/usuário perdeu seu médico e seu espaço dentro da UBS; médicos e enfermeiros que perderam seus pacientes/usuários, além de seus familiares.

A seguir, será apresentado um estudo geral dos estudos dos casos múltiplos, a partir das informações coletadas nos estudos de cada caso individualmente as análises. Faz-se importante pontuar que, para a análise dos casos, optou-se por fazer a transcrição o mais literalmente possível das falas dos participantes, ou seja, incluindo, também, nas transcrições, os seguintes aspectos das comunicações não verbais observadas: suspiros, repetições, pausas, marcadores dos discursos (“né?”, “sabe?”, como exemplos), interjeições e ênfases, bem como erros de concordância. Entende-se que, de acordo com Rosemblatt (2000), são elementos fundamentais para uma compreensão mais apurada do relato, construções de significados e sentimentos presentes dos participantes.

Utilizou-se trechos dos discursos dos participantes para ilustrar os conceitos explorados na análise. Grifou-se em negrito as palavras que se destacaram no discurso, sendo consideradas importantes para a compreensão de seu conteúdo ou porque refletiu-se seu conteúdo latente.

6.2 Análise do grupo de enfermeiros da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro

A partir das questões referidas a eles, os enfermeiros puderam contar a respeito de suas aproximações com a temática sobre o luto — desde a Graduação até o advento da covid-19 — e como foi sua atuação profissional frente à doença na referida UBS. A pesquisadora permitiu que os participantes seguissem seus discursos da maneira que se sentissem mais à vontade, interrompendo quando

havia a necessidade de esclarecer alguma questão ou quando se percebia a importância de aprofundar um assunto relevante apontado pelo participante.

Quando se realizava alguma pergunta pela pesquisadora, este questionamento seguia, preferencialmente, a sequência do discurso do participante, com o objetivo de esclarecer alguma fala ou provocar o aprofundamento de alguma reflexão ou questão apresentada pelo participante. A escuta ativa da pesquisadora pareceu ser suficiente, pois permitiu a abertura dos participantes na apresentação de suas histórias livremente, bem como foi realizado o acolhimento de suas emoções, quando necessário, pela pesquisadora.

a) Contato inicial

O convite foi feito pela pesquisadora, pessoalmente, e prontamente aceito pelos 7 (sete) participantes enfermeiros com idades desde 24 a 53 anos, de ambos os sexos. Devido às agendas ocupadas, os profissionais preferiram que as entrevistas fossem conduzidas em seu local de trabalho. A gestora da UBS ofereceu a sala de reunião localizada no piso superior da unidade; o local oferecia privacidade e foi considerado adequado para a condução da pesquisa.

b) Histórico dos casos

Segundo a enfermagem da UBS – Bom Retiro, o protocolo de manejo clínico de covid-19 na Atenção Primária à Saúde (APS), elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020), demonstrou o protagonismo da enfermagem no combate à doença nesse nível básico de atenção à saúde.

A UBS, no momento pandêmico, ficou responsável, inicialmente, pelos atendimentos dos casos leves da doença, necessitando, com o seu avanço, prestar atendimento aos casos graves. Acontecendo a estabilização do quadro do paciente, o encaminhamento dele era feito para o setor terciário. Essa foi a atuação dos enfermeiros nos cuidados profissionais aos usuários da UBS com sintomas de covid-19.

Para proporcionar um ambiente seguro tanto para o profissional da saúde como para o paciente, foi necessário atentar-se para a organização do local, nomeado na UBS como “Sala de Atendimento ao Sintomático

Respiratório (SSR)", onde foram realizados os atendimentos exclusivos aos pacientes/usuários com sintomas respiratórios e/ou com contato com casos suspeitos e/ou positivos de covid-19, assim como o treinamento da equipe de saúde e da limpeza quanto às rotinas de desinfecção concorrente e terminal.

Diariamente, avaliava-se se a Sala de Atendimento ao Sintomático Respiratório (SSR) garantia a segurança do paciente/usuário. Os atendimentos à demanda espontânea e aos agendados tinham um tempo de duração mínima de 15 minutos e máxima de 40 minutos, a depender das demandas trazidas pelo paciente/usuário. Os pacientes/usuários que entravam em contato com um dos enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) da UBS por chamada telefônica, pelo aplicativo de comunicação por mensagem celular (WhatsApp) ou e-mail, e, sendo identificadas as necessidades de atendimento presencial, tinham seus atendimentos agendados para o mesmo turno ou dia.

Nas consultas, durante o histórico de enfermagem, foram utilizadas técnicas das habilidades da comunicação, tais como: silêncio, eco emocional, resumo e linguagem não verbal, com o intuito de demonstrar abertura e compreensão, para o relato dos usuários/pacientes, de suas experiências no processo de saúde – doença em meio ao caos e medo inicialmente causado pela covid-19.

Nessa atmosfera de instabilidades, os profissionais de enfermagem precisaram atender as demandas da população usuária da unidade básica, implicando, assim, em um processo exaustivo de trabalho, além do medo da contaminação de si e de seus familiares pelas precárias condições de trabalho oferecidas; relatando o medo em seu contexto laboral e familiar relacionados ao risco da auto contaminação e transmissão da covid-19 a seus familiares e colegas, bem como o medo da perda de familiares, colegas de trabalho e da própria vida devido à doença.

Os enfermeiros apontaram que esses fatores desencadearam sofrimento psicológico, repercutindo fisiologicamente (falta de sono, mudança no apetite, dores de cabeça e no físico), mudando a dinâmica e funcionalidade do trabalho, bem como em suas vidas pessoais, familiares e as interações entre os seus pares pelo estresse causado e a percepção sobre a insegurança no ambiente de trabalho, consistindo em um fator significativo e influenciador para as emoções negativas, tais como ansiedade e humor depressivo.

Foi relatado pelos profissionais que, ao se sentirem expostos ao novo coronavírus, às necessidades do distanciamento e isolamento social, sentiram medo, ocasionando ressonâncias negativas em suas vidas, como sensações de desamparo, solidão e incertezas no contexto atual de pandemia e futuro. Percebeu-se que, mesmo entendendo a importância de proteger a si e aos outros, o medo da vivência do distanciamento e isolamento social impactou na manutenção da própria existência desses profissionais, uma vez que a necessidade da presença do outro é imperativa para sustentar a vida e as relações humanas.

As vivências constantes com perdas humanas no trabalho, devido aos óbitos, impuseram aos profissionais de enfermagem da referida UBS se protegerem emocionalmente diante da dor, provocando a evitação quando estes entravam em contato com o próprio sofrimento, requerendo um afastamento emocional e um senso de contemplação à distância, sendo reclamado por eles o desencadeamento de sentimentos frívolos, ou seja, de atitudes mecânicas e desumanizadas com os pacientes/usuários da UBS; em razão do medo da morte e o evitamento de pensar sobre ela, com o objetivo de minimizar a ansiedade.

Salientou-se, também, que a atitude de evitação e de medo, perante a morte, em relação aos enfermeiros casados — todos os participantes eram casados ou viviam em uma união estável —, foi expresso majoritariamente, pela aflição de não ser um veículo de contaminação para seus cônjuges pelo labor durante a pandemia.

Por essa razão, foi apontada por eles a importância de que, nos processos formativos e de capacitação de estudantes e profissionais de enfermagem, recebessem conteúdos e discutissem sobre como lidar e enfrentar situações de morte no contexto do cuidado. Tal fato, sobre a morte e o morrer, ocupou um papel importante na rotina desses profissionais, que, além de investirem no preparo técnico para atender a emergência dos serviços de saúde, precisaram se superar para não terem a sua vitalidade subtraída nem reduzida a sua consciência frente às circunstâncias impostas. Sem desconsiderar a gravidade das demandas clínicas da covid-19, percebeu-se que o medo desempenhou comportamento de defesa, possibilitando aos profissionais responder no presente aos pensamentos de morte e contaminação, que reiteradamente associavam-se ao futuro.

Foi relatado que, mesmo com o medo relacionado à insegurança percebida, diante das condições precárias de trabalho, que envolveram tanto a

infraestrutura física da referida UBS quanto os insumos para biossegurança, recursos humanos, despreparo técnico, falta de treinamento e capacitações para assumir pacientes/usuários de alta complexidade no cuidado, lutaram com as necessidades de adquirir e aprimorar conhecimentos técnico-científicos para o momento único que se apresentava.

A ausência/inadequação dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) desencadeou não apenas o medo e a angústia dos profissionais de enfermagem, mas refletiu, também, no modo de cuidar, ao requerer da equipe de enfermagem, sempre próxima dos pacientes/usuários da UBS, um distanciamento deles, afetando, assim, a estabilidade e a demonstração da atitude empática aos pacientes/usuários, bem como insegurança de obtenção em quantidade e qualidade dos EPIs.

A literatura (Souza & Viana, 2014; Paim, 2009; 2019; Araújo, Fernandes, Aliaga Perez & Pillon, 2021) salienta que os profissionais de saúde necessitam de condições e ambiente seguros para a realização do cuidado aos pacientes, requerendo garantias de infraestrutura e de equipamentos de biossegurança, bem como espaços de compartilhamento de experiências diante de tais adversidades, treinamentos e capacitações (Chidiebere, Tibaldi & La Torre, 2020).

Para tal, a enfermagem da UBS adotou o sistema de escala de trabalho. Tal estratégia foi desenvolvida pelos próprios profissionais do local, no qual passaram a intercalar os seus dias de atendimento, na perspectiva de reduzir riscos de infecção. Por outro lado, a enfermeira-chefe (que chamaremos de Renata) não fez parte de tal escala, tornando-a mais vulnerável, pelo contato diário com os pacientes/usuários nas diversas formas de atendimentos.

Essa vulnerabilidade foi explicada, por ela: “pelo fato de sua exposição ser constante em um cenário de infecção inicial e adoecimento pouco conhecido, caracterizado pela subnotificação de casos e devido à não testagem em massa da população que poderia ser assintomática ou mesmo não ser diagnosticada”.

Além desse contexto de adoecimento, a enfermeira-chefe Renata esteve mais presente nos processos de enfermagem, devido a não fazer parte da escala citada, influenciando diretamente no seu desgaste físico e psíquico. Esta profissional, “muitas vezes”, encontrava-se exausta em seu ambiente laboral, devido a não ter sempre um profissional da enfermagem para dividir a carga de trabalho. O cenário relatado contribuiu “para o estresse, medo e ansiedade, fragilizando ainda

mais o sistema imunológico e emocional", aumentando, ainda mais, segundo Renata, o risco de adoecimento do profissional de saúde.

O cenário relatado por todos os profissionais enfermeiros desta pesquisa contribuiu ainda para o estresse, acerca da incerteza da nova doença, do medo e ansiedade, fragilizando o sistema imunológico e emocional, causando o adoecimento da maioria dos enfermeiros da UBS referida, não somente pela covid-19. Logo, para esses profissionais, a pandemia trouxe uma série de aflições e incertezas, dentre elas, segundo Eliane: "foram os anseios vividos diariamente por nós da enfermagem com relação a como deveria ser realizado o atendimento aos pacientes/usuários com suspeita ou confirmação de covid-19 no início da pandemia".

Foram apontadas, em todos os relatos, as angústias sentidas pelo mundo necessitar praticar o distanciamento social e recolher-se em suas casas, e eles precisarem ser os profissionais que encararam "de frente o novo inimigo no seu combate" (enfermeira Nátaly). Estes trabalhadores colocaram-se na linha de frente no enfrentamento ao SARS-CoV-2, "arriscando suas vidas" (enfermeira Isamar), além de vivenciarem situações adversas em seu ambiente laboral, tais como desgastes físicos decorrentes das altas cargas na UBS, nunca vividas antes, e as más condições de trabalho, até desgastes psicológicos relacionados ao medo de adquirir a doença, bem como a perda de pacientes/usuários "muito queridos", familiares e "alguns, muitos" colegas de profissão (enfermeira Vanda).

Tal fato refletiu na maneira como os profissionais enfermeiros abordavam os pacientes/usuários, como colocado por Gabriel: "Sinto que foi gerando situações de aversão, falta de humanização na nossa assistência, focando apenas na doença e deixando de olhar as subjetividades do SER humano que se encontrava sob nossos cuidados, fragilizando a atenção integral, e, chegando em algum momento desse processo, a negligenciá-lo".

Essa atitude pelo receio da contaminação ocasionou o comprometimento do elo que era estabelecido entre os pacientes/usuários e a comunidade, antes do momento pandêmico, não somente pela equipe de enfermeiros, "causando certo estranhamento" entre os profissionais da saúde e comunidade, como apontado pela enfermeira Telma:

> (...) foi percebido que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que fazem parte da comunidade, evitaram ir para o território e passaram a cumprir sua carga horária de trabalho dentro da UBS, gerando aglomeração no interior

> da UBS pelos próprios profissionais de saúde (sendo estes que orientam a população a não realizarem essa conduta); além de interferir em outras demandas de saúde pública, como nas arboviroses, que apresentaram crescimento no número de casos no território, uma vez que isso começou a ser associado a ausência e/ou diminuição da presença desse profissional, que faz a comunicação entre os serviços de saúde e os usuários, na comunidade.

Em contrapartida, os pacientes/usuários passaram a demonstrar certo “estranhamento” e tornaram-se menos receptivos a essas visitas, temendo que esses trabalhadores da área da saúde fossem veículo de contaminação. Outro fator, decorrente da pandemia, que interferiu no vínculo entre comunidade e profissionais de saúde, segundo a enfermagem da referida UBS, foi o número reduzido de visitas domiciliares realizadas pela enfermagem.

Por essa razão, resultou-se um menor conhecimento do território diante de sua dinamicidade, uma vez que, por meio do processo de territorialização em saúde — ferramenta pela qual se analisa o local em seus aspectos geofísicos, sociais, políticos, culturais e econômicos — possibilita caracterizar os pacientes/usuários e suas necessidades de saúde, bem como avaliar o impacto dos serviços e ações ofertados, que, segundo a enfermeira Vanda, significa: “Conhecer o local é compreender as concepções de saúde-doença da população, além de entender que o território é um espaço dinâmico e vivo, possuidor de uma realidade particular associada à subjetividade dos sujeitos nele inseridos”. Todas essas questões se tornaram um desafio para a UBS, que é considerada a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, alguns atendimentos e consultas foram suspensos, a fim de diminuir o fluxo de pacientes/usuários na UBS, tais como: crescimento e desenvolvimento infantil, a Hiperdia: que é um programa do Sistema Único de Saúde (SUS) que acompanha pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus (ocorrendo apenas renovação de receita), exame citopatológico, fisioterapia e saúde mental (apenas renovação de psicotrópicos). Mantiveram-se as consultas de pré-natal (com horário marcado), realização de eletrocardiograma (dois pacientes/usuários), consulta odontológica (apenas urgência), atendimento psicológico (horário marcado), consulta com nutricionista (horário marcado), realização de vacina (trinta fichas por turno) e consulta médica (casos de urgência e síndromes gripais). Procedimentos como: verificação de sinais vitais, realização de curativos, administração de medicamentos e entrega de insulina, contraceptivos e

demais fármacos continuaram normalmente. Porém, as visitas domiciliares passaram a ser realizadas a partir de uma avaliação (grupos de riscos ou urgência) do paciente/usuário.

Sobre isso, a enfermeira Eliane queixou-se:

> Se por um lado teve um maior empenho na abertura de novos leitos e equipamentos para cuidado intensivo nos hospitais, por outro lado teve pouca visibilidade dada a APS, especialmente pela mídia, comprometendo o vínculo de nós, os profissionais da UBS com os pacientes/usuários que, por sua vez, buscam serviços secundários e terciários em detrimento dos serviços primários.

Todavia, em certos momentos, em que os pacientes/usuários buscaram algum serviço na unidade, durante a espera para serem atendidos, ocorreram trocas de saberes entre comunidade e enfermeiros, nas quais foram enfatizadas a importância do distanciamento social como forma de prevenção da covid-19 e orientações para a procura de atendimento nas unidades de saúde, ou seja, procurarem a UBS em casos de síndrome gripal, segundo a enfermeira Nátaly: “Aconteciam, também, orientações sobre a higienização e cuidados com as mãos, para não haver o acúmulo de sujidades e, assim, serem veículos para transmissão de doença”.

Os teleatendimentos realizados na UBS foram feitos com a utilização de um aparelho celular com acesso à internet e linha telefônica, por meio de ligações e/ou mensagens de texto em aplicativo de mensagens. A proposta aconteceu pelo paciente/usuário que disponibilizou o seu número telefônico para os Agentes Comunitário de Saúde (ACSs), bem como por meio de panfletos fixados na UBS e divulgação nas redes sociais. As demandas foram acolhidas pela equipe multiprofissional, que dá apoio à equipe da ESF da UBS.

Os casos atendidos via teleatendimento, relacionados à enfermagem, segundo Patrícia, foram:

> dúvidas sobre vacinas, fluxos nas RAS, agendas de atendimento na UBS, saúde da mulher (ciclo menstrual e anticoncepção), exames realizados (citopatológico e teste do pezinho), além de orientação sobre medidas preventivas sobre a covid-19 e etiqueta respiratória. Os temas levantados nos teleatendimentos foram pontuais e não representaram a diversidade de necessidades da população como os que dizem respeito à saúde mental e aos transtornos de pânico, depressão e ansiedade tão percebidos e intensificados neste período.

Acerca das relações interpessoais entre profissionais de saúde, residentes do bairro e pacientes/usuários do equipamento, foi unânime entre os enfermeiros entrevistados relatar que houve um distanciamento durante a pandemia, em que foram reduzidos os momentos de interação e descontração entre eles, aumentando o estresse do trabalho, tornando o ambiente na UBS mais formal e com pouca relação interprofissional, focado na doença, em virtude do medo de um contato mais próximo e, consequentemente, do contágio, fragilizando as trocas e os compartilhamentos. Segundo o enfermeiro Gabriel: “esses momentos informais foram perdidos em tempos de pandemia”.

c) Análise geral dos temas e discussão

Desvalorização e desigualdades no trabalho de enfermagem

A enfermagem é a profissão da área da saúde que mais lida com a morte, diretamente ou indiretamente. Esses profissionais exercem os cuidados, tanto antes quanto após a morte do paciente, dos cuidados mais simples aos mais complexos, tais como: ministrar medicações, dar apoio nos procedimentos e ressuscitação, além de recorrentemente serem designados, depois de declarado o óbito do paciente, à responsabilidade de dar a notícia da morte aos familiares ou responsáveis (Wallace; Wladkowski; Gibson & White, 2020).

Esses familiares precisam de apoio por sofrerem as angústias da morte e do morrer de seus entes queridos durante o processo de adoecimento, e espera-se que os profissionais da área, principalmente os enfermeiros, respondam devidamente ao pesar de seus pacientes e familiares, por meio de um cuidado eficaz. No entanto, segundo Salomé *et al.* (2009), a vida acadêmica pode acabar deixando lacunas, e o profissional é inclinado a acreditar que ele tem a obrigação de manter o paciente vivo, sendo a morte considerada uma falha pessoal, ou um fracasso profissional, e apenas a cura e o restabelecimento são características de um cuidado realizado com êxito.

A pandemia do novo coronavírus, declarada em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mobilizou, em todo o mundo, profissionais da saúde para o seu enfrentamento. O controle da doença ressaltou de maneira expressiva o papel essencial que esses trabalhadores e trabalhadoras da

área da saúde desempenham na proteção à vida dos indivíduos e no fortalecimento dos sistemas de saúde.

Dentre as profissões que atuaram no enfrentamento à pandemia, destacou-se a enfermagem, com ações de cuidado integral aos pacientes infectados, medidas de prevenção e práticas de educação em saúde que envolveram aspectos técnico-científicos e de humanização.

Anteriormente à pandemia, o ano de 2020 foi declarado o “Ano da Enfermagem”, com o lançamento pela OMS da campanha de valorização da categoria profissional, denominada “Nursing Now” (World Health Organization, 2020). Nesse mesmo ano, a enfermagem mundial colocou-se à prova no combate à pandemia, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também por se tratar da maior categoria profissional de saúde, estando 24 horas gerenciando e prestando assistência continuada aos indivíduos que apresentaram desde sintomas leves até quadros graves decorrentes da doença, atuando em todos os níveis de complexidade da assistência em saúde.

Apesar do expressivo quantitativo de profissionais da área de enfermagem existentes no Brasil, cerca de 1,7 milhão, entre enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, este número não foi suficiente diante das necessidades de assistência à população nesse momento pandêmico (Machado, 2017; Organização Pan-Americana da Saúde, 2019). A pandemia ressaltou que “enfermeiros são a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019, p. 21), conforme afirmado pelo diretor-geral da OMS. Com isso, presenciou-se a convocação de estudantes e equipes de enfermagem de outros setores dos serviços para contribuir no atendimento às urgências e prestação de cuidados aos leitos de terapia intensiva, bem como nas UBSs brasileiras.

Na chamada linha de frente, os profissionais de enfermagem foram mais expostos ao risco de infecção pelo coronavírus, como evidencia o percentual da categoria adoecida diante dos números de trabalhadores de saúde infectados. O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2021b) referente à semana epidemiológica entre 14 e 20 de março de 2021) apontou que, dentre os casos de síndrome gripal confirmados de covid-19, em profissionais de saúde, as profissões mais registradas em ordem decrescente foram técnicos/auxiliares de enfermagem, seguido dos enfermeiros, dos médicos e demais profissionais como farmacêuticos,

na referente UBS, e também “os agentes comunitários de saúde e recepcionistas de unidades de saúde”. Dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), as categorias profissionais que prevaleceram como mais frequentes, desde o primeiro ano da pandemia, foram técnico/auxiliar de enfermagem, médico e enfermeiro (Brasil, 2021b). Cabe destacar que esses dados refletem um recorte dos casos graves nessas categorias, e não apresentam o total dos acometidos pela doença no país.

Com relação à mortalidade dos profissionais de enfermagem pela covid-19, as maiores preponderâncias dos registros de óbitos analisados no Brasil até o primeiro trimestre de 2021 foram, em maior parte, da região sudeste, com cerca de 28% dos óbitos. Desde o início da pandemia, os estados de São Paulo, Amazonas e Rio de Janeiro tiveram o maior número de mortes. As profissionais do sexo feminino e a faixa etária de 41 a 50 anos compõem o perfil de maior mortalidade, segundo dados apresentados pelo Observatório da Enfermagem do Cofen (2021).

Os dados demonstram que o mês de março de 2021 foi registrado como o mais letal da pandemia também para os profissionais da enfermagem, com 83 profissionais mortos. Contudo, houve queda brusca, cerca de 71%, no número de óbitos de trabalhadores de enfermagem, em abril desse mesmo ano, o que pode ser atribuído à vacinação dos profissionais de saúde, iniciada em janeiro de 2021 (Cruz, 2021).

Diante de tal contexto desastroso, sobre a situação das trabalhadoras e trabalhadores de enfermagem, a UBS – Bom Retiro expôs as desigualdades a que a categoria é submetida em sua trajetória histórica, e que se acentuaram no enfrentamento da pandemia de covid-19. A pesquisadora defrontou-se com um cenário em que condições de trabalho, tais como baixa remuneração, insegurança, sobrecarga de trabalho, dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual (EPIs), precarização no ensino e qualificação de profissionais ainda constituem desafios a serem superados. Segundo a enfermeira Telma:

> (...) dentro da unidade, em si, a gente tinha muito trabalho..., mas a questão dos funcionários sempre pesou... a gente já vinha numa pegada desgastante beemmm antes da pandemia, a equipe já estava extremamente esgotados. Enfermagem muito mais... na pandemia, não tinham mais sábado, a gente não tinha mais domingo, porque estava perto do parque, quando começou a vacinação. Então, toda hora era “vamos vacinar no

> parque". No começo, não. No começo era tudo na Unidade, você não tinha hora para sair, não tinha hora pra chegar. As pessoas cansadas. Os funcionários começaram a adoecer, a ter covid, também. E, aí, você não consegui ter reposição. Então, você tinha que trabalhar com quem tinha. Então, às vezes, você tinha: eu tinha seis técnicos e três enfermeiros. E, às vezes, eu tinha um enfermeiro para ficar o dia inteiro, porque dois estavam doentes... e ganhando a mesma coisa. Não houve um aumento no nosso salário.

Centralmente, deparou-se com a necessidade da formulação de políticas que fossem sensíveis aos trabalhos de cuidado, realizados majoritariamente por mulheres, o que, no campo da presente pesquisa, se mostrou uma realidade, pois, dos oito enfermeiros entrevistados, somente um era do sexo masculino, reconhecendo suas especificidades e condições de desigualdades na sociedade. Como exposto pela enfermeira Renata:

> (...) além de fazer uma rotina enorme de trabalho, durante a pandemia, ainda tinha que ouvir do meu marido que estava mais preocupada com as pessoas do que com a casa e nossa filha... foi uma pressão muito grande para todas nós, porque precisava ficar longe da família e eu que cuidava da minha mãe... meu irmão dizia que eu tinha abandonado a família para morrer por pessoas que eu nem conhecia (...).

A enfermeira Nátaly completa:

> a equipe já estava cansada... eu tive burnout... eu fiquei bem doente, com umas dores de cabeça terríveis. Eu ia trabalhar com tudo o que é medicação que você pode imaginar. Até oxidona (medicação) eu tomei. Mas, eu estava lá... meus filhos me ligavam, meu marido dizia que eu estava sendo irresponsável. O cansaço era muito nítido, porque era uma dor de cabeça terrível, acho que pela culpa de ter que deixar minha família..., mas eu precisava estar com a minha equipe (...).

Endossado pela enfermeira Vanda:

> eu pensava, a gente vai conseguir passar por tudo isso... o Bom Retiro não vai ficar pra trás...não dava pra pensar na saúde mental, pra pensar na minha família... eu não podia me dar ao luxo de ficar em casa porque sou arrimo da minha família toda. Eles reclamavam minha ausência, mas quem ia pagar as contas de casa? Ganho mal, mas é o que sustenta minha casa... meu esposo está desempregado há mais de 3 anos (...).

No Brasil, a enfermagem representa a primeira força de trabalho no setor da saúde, correspondendo a 50% dos 3,5 milhões de trabalhadores da área, compreendendo a segunda maior força de trabalho de todos os setores no país. Além disso, é uma categoria profissional com ampla capilaridade em diferentes

campos e serviços de saúde, com atuação nos setores público e privado, presente em todos os municípios e fortemente inserida na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); não sendo a enfermeira reconhecida, muitas vezes, como uma profissional importante na equipe de cuidados (Machado, 2017). Como apontado pela enfermeira Isamar:

> mesmo nós sendo a maioria aqui na UBS, não temos muito o apoio... o apoio no geral... parece que as pessoas não enxergam a importância do nosso trabalho... a gente está o tempo todo cuidando de tudo e dando apoio pra todo mundo. Não sei se a palavra certa é “montar um personagem”. Não é um personagem, mas, pelo menos, para os pacientes, eu tenho que ser uma outra pessoa. Para se manter firme em relação a eles, porque apesar da precariedade em que exercemos nossa profissão, a gente sente isso como uma responsabilidade muito grande em relação a saúde dos pacientes (...).

A enfermeira Renata aponta:

> nós temos a responsabilidade por nossos pacientes, querendo ou não. Acredito que qualquer enfermeiro que você perguntar pare e pensa “não, por que eu fiz isso? Por que eu vim trabalhar nessa UBS?”. Uns vão falar que “ah, não, é por amor” outros “não é por amor, é por tal coisa”. Eu acho que é por vocação. Porque só assim você consegue tocar o barco, consegue se manter em pé na saúde pública.

Seguido pelo pensamento da enfermeira Eliane:

> trabalhar com saúde pública é vocação, sim. Porque a unidade básica, onde você tem que tratar aquele paciente, a gente cuida de todo aquele paciente para não cair na doença ou qualquer coisa do tipo. É a prevenção. Então, infelizmente é ir atrás deles, porque eles não entendem isso, acham que é só o médico e não veem o nosso trabalho que é de prevenção... então, é a gente que atrás do paciente, que cuida integralmente dele, muitas vezes... mais do que o médico (...).

A divisão sexual do trabalho em saúde marca a profissão, uma vez que o cuidado é atribuído como atividade feminina, associada à vocação. Por outro lado, segundo Machado *et al.* (2020), o caráter doméstico e privado associado ao cuidado contribui para a invisibilidade social e baixa remuneração da enfermagem. Conforme Federici (2019, p. 50), mesmo alcançando a esfera pública do trabalho, as mulheres ainda permanecem majoritariamente em ocupações que reproduzem papéis atribuídos ao gênero feminino. Ainda, segundo o autor, em diversos contextos, as funções exercidas por mulheres se mostram como extensões de suas atribuições

domésticas. Muitas vezes, elas se tornam enfermeiras, empregadas domésticas, professoras ou secretárias, áreas para as quais são preparadas desde cedo no ambiente familiar. Nesse cenário, enfrentam dificuldades para lutar por sua autonomia, pois vivenciam o isolamento, a responsabilidade constante pelo bem-estar de outras pessoas e a falta de clareza sobre onde termina o trabalho e onde começam os próprios desejos.

A Enfermagem configura-se como prática social, ao desenvolver uma atividade por e para os indivíduos, atendendo às necessidades do ser social; profissão, como um campo de ações especializadas na saúde, com trabalhadores qualificados e com domínio de conhecimentos específicos; e disciplina, ao produzir conhecimentos que sustentam seu cuidado (Trezza *et al.*, 2008).

> (...) fiz auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, a faculdade, fiz pós em obstetrícia, que foi o que me abriu as portas para ir para o hospital, que eu tive a oportunidade de ir para o hospital, mas eu optei por vir para a Estratégia (de família na UBS) porque eu já fui auxiliar de enfermagem do Estratégia. Então, eu aproveitei essa oportunidade, porque durante a formação e logo em seguida, eu trabalhei em laboratório, em hospital, e eu gosto muito da Estratégia. Então eu vim pra cá (UBS) com a missão de assumir o cargo de enfermeira da Vigilância, que é o cargo aqui do centro. As outras unidades estão começando a aderir agora. Então, é como se ele fosse um piloto do enfermeiro da vigilância para ter esse olhar pras questões de vigilância. Nós enfermeiros, estamos sempre inovando, estudando... atualizando... mais que o médico.... e pensando em como ajudar na saúde da comunidade (enfermeira Telma).

> (...) trabalhamos e cuidamos de todos os tipos de enfermidades; por isso precisamos ter nosso tempo de estudo, além de trabalhar e cuidar da nossa casa. Porque aqui, na UBS, a especificidade é diferente. A quantidade é muito grande. A gente tem muitos imigrantes no Centro. Então, a gente tem muito caso de tuberculose. Eu digo a tuberculose, porque é um dos indicadores muito altos aqui, mas tem tuberculose, sífilis, pessoal que circula muito. Então a gente tem muitos casos. Então, o que passa pela nossa equipe de enfermagem? Todas as doenças que precisam ser notificadas “HIV, sífilis, toxicoplasmose”, tem o acompanhamento das gestante, de sífilis, quando nascem esses bebês, tem o acompanhamento até dois anos dessas crianças. Então é um cargo de muita atividade e responsabilidade com a comunidade (enfermeira Patricia).

> (...) tem os casos de alto risco, que muitas vezes não temos médicos para avaliar e nós fazemos isso. Quando, por exemplo, uma gestante, na hora da abertura do pré-natal ou no decorrer da gestação a gente identifica algum tipo de risco, já fazemos o encaminhamento para o alto risco. É passado para uma outra equipe da nossa referência, que é o Hospital da Santa Casa. Aí o paciente vai pra lá, tudo é com a equipe de enfermagem (enfermeira Vanda).

Na mesma conjuntura das condições históricas das mulheres trabalhadoras, principalmente no chamado Sul Global, as profissões da enfermagem, compostas por enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem, consolidaram-se sob influências das práticas do Brasil Colonial, em que cabiam às mulheres pretas e pardas as ações do cuidado e da cura. Posteriormente, se institucionalizou uma subdivisão técnica e social do trabalho, baseando-se no parcelamento das ações assistenciais segundo os níveis de formação educacional e titulação, sendo sustentada pelo escudo da elitização e no branqueamento da profissão, com a imagem da "enfermeira padrão" branca, de classe social elitizada (Almeida, 2020, p. 51).

Por meio do Decreto Federal nº 17.268/1926, foi institucionalizado o ensino de enfermagem no Brasil e, em 1931, pelo Decreto da Presidência da República nº 20.109/1931, a escola Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foi considerada a escola oficial padrão para todo o país (Low, 2013).

O processo de seleção das candidatas à escola, segundo Barreira (1997, p. 65), excluía sistematicamente as moças negras e mestiças, como observado nas fotos e documentos existentes no Centro de Documentação e Memória da EEAN/UFRJ. O formulário, segundo o autor, não incluía o item sobre a "cor" da candidata, mas algumas fichas da época apresentavam anotações escritas à mão sobre tal característica, indicando, desta forma, o preconceito racial.

A divisão técnica do trabalho em enfermagem aconteceu num contexto de hierarquização racial, em que, para as mulheres negras, quando necessária a expansão do trabalho de cuidados nas instituições hospitalares, destinava-se o acesso à profissionalização a partir do ensino técnico. Por outro lado, às mulheres "brancas e de família foi concedido o acesso ao ensino superior de enfermagem", conforme nos mostra a historiografia (Lombardi; Campos, 2018, p. 35).

> (...) na graduação as "loirinhas" tinham mais espaços de perguntas para os professores no laboratório. Eu era sempre vista como a preta gorda da enfermagem. Sofri muito *bullying* na faculdade. Só não desisti porque tinha bolsa... e isso também era um problema. Por causa da minha condição social (enfermeira Nátaly).

> (...) muitos pacientes reclamam de serem atendidos por uma enfermeira preta. Acham que eu sou técnica ou que sou da faxina. Nada contra as técnicas de enfermagem ou as faxineiras, mas eu fiz uma faculdade e isso não tem nada a ver com a cor da pessoa e sim com aquilo que ela sabe

> fazer como profissional. Sou pós-graduada, inclusive. Mereço respeito pelo que sou e não ser vista somente pela minha cor (enfermeira Telma).

Desde sua gênese como profissão no Brasil, a divisão racial se desvelou nos processos de seleção de quem deveria ser aspirante à “enfermeira habilitada”, cujo perfil descrito privilegiava a entrada de jovens brancas, provenientes de classes médias urbanas e instruídas, cabendo às mulheres negras que desejassem exercer a profissão o papel de visitadoras sanitárias (Santos *et al.*, 2020, p. 35). Tais questões explicitam as relações entre raça, gênero e classe social determinantes das opressões vivenciadas no trabalho em saúde e, principalmente, na enfermagem, até a contemporaneidade.

É importante reconhecer que a divisão do trabalho na Enfermagem é determinada pelas relações de produção, nas quais as diferentes classes sociais ocupam posições distintas na dialética explorador – explorado. Nestas relações, a enfermagem, como classe social, carrega em si as marcas da desigualdade, com trabalhadoras que ocupam lugares de exploração.

> (...) o cuidado com o paciente não é do médico, ou melhor, o paciente não é do médico e sim da enfermagem. Pelo menos é o que acontece aqui na UBS. Quando a gente faz a faculdade, no último semestre a gente faz o estágio de administração, onde o enfermeiro assume o local de enfermeiro, que está lá, ele vai junto nas condutas, mas o médico vê o papel do enfermeiro como um administrativo, que atende o paciente, mas faz a parte burocrática. Aprendemos a administrar junto com cuidar. Nisso a gente acompanha as visitas das equipes médicas nas casas para saber o que fazer. Porque o médico vai uma vez na casa... se vai... é sempre a enfermagem que está ali dando apoio, lado a lado com o paciente. O médico faz a conduta e a enfermagem faz o cuidado. Porque se o médico passar a sonda, é a enfermagem que vai lá e fala para o paciente “tranquilo é assim”, que explica e orienta tudo (enfermeiro Gabriel).

> O cuidado real do paciente aqui na UBS é com a enfermagem. E quando tem o técnico de enfermagem, também. Tanto o cuidado de manipulação quanto no preparo psicológico. Eu digo que a enfermagem prepara? Prepara. Fala de empatia, a gente vê muito isso no estágio. Mas a vivência maior, a gente pega na prática e no dia a dia. Eu, por exemplo, na parte da vigilância, tenho que lidar com muitas informações. Casos graves, de óbitos, por exemplo, a gente tem que ir na casa visitar. Muitas vezes o paciente não é cadastrado, foi no particular, então tem que ter empatia, eu tenho que explicar por qual motivo eu tenho que fazer a investigação do óbito, por exemplo. Porque são situações que vão contribuir para verificar, analisar, tudo o que ocorreu, para poder verificar se tinha alguma causa evitável, para aprimorar os serviços, por mais que seja do particular. A gente precisaria de um apoio maior. Hoje eu já aprendi a fazer tudo sozinha (enfermeira Renata).

> (...) aqui na Estratégia você vai na casa, você recebe o paciente aqui na UBS, você visita... então, exige um pouco mais de trabalho. E tem que ir do jeito da pessoa, porque tem pessoas que não se dão bem nesse serviço. É muito cuidado nas nossas mãos, a gente acaba sendo responsável pelo paciente desde que ele nasce até a morte dele, aqui na Estratégia. Porque ele vincula, ele é cadastrado, então nós somos responsáveis pela saúde reprodutiva, pela saúde quando idoso, dele quando criança. É assim que funciona aqui na rede pública (enfermeira Isamar).

Nos últimos anos, no mercado de trabalho mundial e do Brasil, vivencia-se uma acentuada precarização do trabalho formal, com novas formas de contratação, redução de salários, flexibilização dos direitos trabalhistas, prolongamento da jornada de trabalho, aumento das condições insalubres e perigosas de trabalho, entre outras formas (Filgueiras, 2006). Mais recentemente, vivenciamos o desmonte das leis trabalhistas no Brasil, as permissões de novas formas de contratação e prestação de serviço, sobretudo a chamada uberização das relações de trabalho (Slee, 2017).

No contexto da Enfermagem, há também o risco dessa uberização da profissão. Os estudos (Machado *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2020) demonstraram que há indícios de subemprego nessa categoria, caracterizados pela presença de profissionais que trabalham sem regularidade ou poucas horas por semana, sem vínculo empregatício ou, ainda, aqueles que recebem rendimentos muito aquém do que é devido pelas suas funções estabelecidas pelo mercado de trabalho, configurando subsalários. Somam-se, ainda, as pesadas e extensas cargas horárias de trabalho, com jornadas superiores a 40 horas se estendendo a até 60 horas semanais. Tais como exposto pelo enfermeiro Gabriel: “(...) a gente tem muitas sequelas física e mental pela nossa grande jornada de trabalho. Minha sequela de trabalho dobrado aqui na UBS é de desgaste, cansaço e nervosismo. Para uma pessoa de 24 anos, tomando já medicação (para ansiedade). Dois comprimidos por dia”.

> (...) eu fico preocupada em relação a minha jornada de trabalho. Ter começado recente na área da enfermagem e já apresentar alguma questão de cansaço físico e mental. Porque, querendo ou não, mexer com a vida de outras pessoas, mexer com essa responsabilidade afeta todo mundo, no final das contas, lá no fundo – uns mais, outros menos. Eu gostaria de ganhar um pouquinho melhor, ter pelo menos mais tempo para ficar em casa... principalmente depois de ter passado pela covid (enfermeira Patricia).

> (...) *burnout*... essa é a palavra de ordem da enfermagem na saúde pública. O cansaço, a sobrecarga. Todos nós estamos ficando doente. Tem profissionais, muitos, muitos, que pediram demissão depois da covid. Prefere ficar sem emprego do que voltar para a unidade. E daí a gente tem que fazer... cobrir, fazer a função de duas a três pessoas. Porque não quiseram contratar em relação a isso (enfermeira Vanda).

> (...) o pessoal [enfermeiros] vai ficando doente, pegando atestado e vamos cobrindo, vamos cobrindo, vamos cobrindo... sem ganho extra pelo trabalho (enfermeira Telma).

> (...) a UBS está hoje com uma defasagem de enfermeiros no pós-pandemia. saíram daqui porque prestaram processo seletivo e foram para uma unidade de saúde em que o salário era maior... decidiram sair, eu respeito, mas a comunidade fica mal atendida e a gente, com o trabalho dobrado (enfermeira Eliane).

Por essas razões que, historicamente, segundo Gandra *et al.* (2021), as entidades representantes da categoria buscam por medidas que garantam a proteção do agir profissional com qualidade e segurança, dentre elas condições igualitárias de remuneração e a regulamentação da jornada de trabalho.

A Enfermagem luta pela aprovação do Projeto de Lei nº 2295/2000, há cerca de 20 anos, que dispõe sobre a regulamentação da jornada de trabalho para 30 horas semanais, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) para a área da saúde. Tal luta se deve ao reconhecimento de que longos períodos de trabalho estão associados ao adoecimento dos profissionais, comprometendo a prestação de cuidados de qualidade e seguros. Ressalta-se que a redução da jornada de trabalho foi alcançada por outros profissionais na área da saúde, tais como médicos (20 horas semanais/quatro horas diárias, desde 1961), fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (30 horas semanais/seis horas diárias desde 1994) e assistentes sociais (Pires *et al.*, 2010).

Adicionalmente, a definição das horas de trabalho semanais deve vir acompanhada pela remuneração adequada, para não aumentar a necessidade de mais de um vínculo profissional, como já ocorre entre a maioria dos trabalhadores de enfermagem. Como apontado pela enfermeira Renata: “(...) além do meu turno dobrado (manhã e tarde) aqui na UBS, no período da noite vou para o hospital infantil; é uma diferença muito grande de um lugar para o outro. essa adaptação, no início me cansou bastante... agora já me acostumei... durmo muito, muito pouco”. Dessa forma, a regulamentação da jornada de trabalho e a definição do piso salarial

configuraram-se como necessidades para a proteção da força de trabalho dessa categoria profissional (Laitano *et al.*, 2019).

Percebeu-se, também, que a formação educacional de qualidade também é um desafio para a Enfermagem:

> (...) a faculdade não nos prepara muito para aquilo que vamos enfrentar na saúde pública, por exemplo... me recordo que aprendi muito mais a trabalhar com os pacientes no curso de especialização lá na UNIFESP, que eu fiz... aprendi mais sobre como atender em saúde pública. É durante a nossa trajetória, vivência, empatia, que a gente vai desenvolvendo outras habilidades que nos conduzem a certas situações específicas, como o acolhimento ao luto, por exemplo.

> (...) no curso que fiz de pós-graduação na Escola Paulista de Medicina, aprendi o que não aprendi nos quatro anos de graduação, porque minha faculdade teve uma deficiência. Eu não tive estágio de UTI, imagina! E quando fui trabalhar no meu primeiro hospital tive que ir para outro setor porque a vaga melhor era para UTI e eu não sabia nada (enfermeira Isamar).

No período de 2001 a 2011, segundo Teixeira *et al.* (2013), houve um crescimento de 393% na oferta de cursos de Enfermagem, no setor privado, e 122%, no ensino público, sendo acompanhado por um processo de precarização no ensino, com a intensificação do trabalho docente e prejuízo às práticas organizativas e didáticas (Leonello; Oliveira, 2014).

Para a garantia do nível adequado de ensino na Enfermagem, a abertura e criação de novos cursos deve ser regulamentada por uma avaliação do Ministério da Educação (MEC), assim como ocorre para os cursos de Odontologia, Medicina e Psicologia, pois o processo formativo do enfermeiro necessita ser repensado para melhor atender às necessidades do mercado de trabalho e da população, além de preparar profissionais com competências e habilidades indispensáveis para um cuidado seguro — tanto para o profissional quanto para o paciente — e para a transformação da realidade de trabalho da sua categoria (Barros, Tavares, Costa & Silva, 2014; Gandra *et al.*, 2021).

Ante o exposto, essa temática abordou a percepção e a experiência dos profissionais de enfermagem com relação à falta de valorização de seu trabalho e às persistentes condições de desigualdade no ambiente profissional, incluindo:

a) *reconhecimento profissional insuficiente*: como os enfermeiros perceberam o valor atribuído às suas habilidades, formação e

contribuições para a equipe de saúde e para o cuidado dos pacientes/usuários;

b) *condições de trabalho injustas*: a desigualdade nas condições de trabalho, como carga horária excessiva, remuneração inadequada, falta de recursos e suporte institucional, e desigualdade de gênero ou hierárquica dentro das equipes de saúde;
c) *impacto na motivação e bem-estar*: como a desvalorização e as desigualdades afetam a saúde mental, a satisfação no trabalho, a motivação e, consequentemente, a capacidade dos profissionais de enfermagem de lidar com situações de luto e perdas no ambiente profissional.

Portanto, a desvalorização do trabalho da enfermagem e as desigualdades podem afetar profundamente o processo de luto dos enfermeiros, agravando seu sofrimento emocional, o que pode ser percebido, especialmente, em um contexto tão desafiador como foi a pandemia de covid-19. Essa percepção de injustiça e falta de reconhecimento influencia diretamente a maneira como eles lidam com as perdas e o luto, tanto no ambiente de trabalho quanto em suas vidas pessoais. Portanto, entender a desvalorização e as desigualdades no trabalho de enfermagem contribui para uma compreensão mais completa de como o luto é experimentado por esses profissionais no contexto da Unidade Básica de Saúde.

A desvalorização do trabalho e as desigualdades podem servir como fatores de risco para a saúde mental dos enfermeiros. Quando o profissional se sente desrespeitado ou injustamente tratado, sua resiliência e capacidade de lidar com o luto e o estresse no trabalho são reduzidas. Por outro lado, a valorização adequada e a equidade no ambiente profissional funcionam como fatores de proteção, fortalecendo o bem-estar emocional desses profissionais e contribuindo para sua capacidade de enfrentar o luto. Identificar e entender esses fatores permite desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde mental para enfermeiros e, por consequência, melhorar a qualidade do cuidado de saúde prestado.

Compreender a temática “desvalorização e desigualdades no trabalho de enfermagem” faz-se importante para a elaboração de um protocolo de atendimento psicológico adequado às necessidades desses profissionais. Isso pode envolver programas de suporte organizacional, treinamento para equipes gestoras sobre

como valorizar adequadamente o papel da enfermagem e estratégias de empoderamento e fortalecimento da identidade profissional de enfermeiros.

As adversidades enfrentadas pela enfermagem da UBS durante a pandemia de covid-19

No contexto da pandemia, as desigualdades que são enfrentadas pelas equipes de enfermagem agravaram-se, principalmente se comparadas com outras categorias de profissionais da saúde (Soares, Peduzzi & Costa, 2020; Bitencourt & Andrade, 2021). O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) divulgou que, logo no início da pandemia até o dia 20 de dezembro de 2020, mais de 45 mil casos foram confirmados e 469 óbitos de profissionais da enfermagem no Brasil por covid-19. Para além disso, houve a subnotificação, devido à escassez e falta de acesso aos testes para a comprovação da doença (Conselho Federal de Enfermagem, 2021; Cruz, 2021).

As características próprias do cuidado integral no processo de trabalho dessa categoria, tais como volume de procedimentos, maior tempo de permanência em contato com pacientes infectados e superfícies contaminadas, o manuseio de equipamentos hospitalares, admissão dos pacientes no serviço, até cuidados do corpo após a morte e jornadas extensas de trabalho aumentaram a exposição e, consequentemente, os riscos de infecção (Ran *et al.*, 2020; Huang *et al.*, 2020), pela falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

A saber, no Brasil, a definição e a regulamentação do Equipamento de Proteção Individual (EPI) são estabelecidas pela Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6), da Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho. De acordo com a norma, considera-se EPI todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelos trabalhadores destinado a protegê-los contra riscos que possam ameaçar sua segurança e saúde no ambiente de trabalho. O equipamento deve ser de uso individual e possuir o Certificado de Aprovação (CA), que atesta sua eficácia na proteção contra agentes prejudiciais à saúde. Os EPIs fornecidos aos profissionais de saúde devem apresentar características adequadas para garantir sua conformidade e uso efetivo (Pompeu; Slovic, 2023).

A falta de ação efetiva para manter e distribuir equitativamente os estoques de EPI existentes exacerbou sua escassez, comprometendo o

enfrentamento eficaz à pandemia e deixando os profissionais da linha de frente sem a proteção necessária para a sua saúde. Dessa maneira, eles trabalharam com um estresse adicional frente à pandemia de covid-19.

> (...) com todo os sofrimentos que já vi na minha profissão, todas as passagens por vários ambientes de trabalho, com todos esses anos de profissão, o que eu tenho para dizer sobre a pandemia? É que, em vinte anos, eu não sofri tanto quanto esses três anos de pandemia... eu trabalhei aqui na UBS e no covidário do HC (enfermeira Isamar).

> (...) vi coisas [na pandemia] desumanas e desrespeitosas como nunca vi em todos os meus anos de profissão... com a gente e com os pacientes... as mortes (enfermeira Renata).

> (...) teve um dia que eu estava com nove pacientes dentro da salinha que a gente aplica a vacina. Sem proteção adequada... sozinha e com medo de ser infectada porque eu tinha que tocar neles (enfermeira Nátaly).

> A gente tinha dificuldades, por exemplo: a Atenção Primária, a gente não tinha habilidades em urgência e emergência. Então, precisou qualificar esse pessoal, fazer treinamento, ter um fluxo bem estabelecido. Na hora que o usuário chegava já com a saturação baixa a gente tinha que saber o que fazer. Como fazer com os óbitos, também, como a gente iria fazer esse fluxo... tudo foi estabelecido durante o caos. Não paramos, o treinamento disso tudo foi na prática (enfermeira Telma).

> (...) faltou EPIs na saúde pública... faltou a gente estar paramentado da maneira correta... essa pandemia foi uma falta de respeito com os médicos e enfermeiros da rede pública (enfermeiro Gabriel).

> (...) não tinha tempo de ter cuidado, nem sei como ficou a coisa do banco de horas porque fizemos uma jornada enorme... a gestora (da UBS) na época tratava a gente como número; eu me senti mal e precisei ir embora e estava com medo de ser covid... e a gestora “quem vai cobrir, você? É fulano?”. Pronto, acabou... nem para perguntar “e como você está?”. Eu estava despedaçada (enfermeira Vanda).

As condições de segurança no trabalho deveriam ser garantidas por meio de medidas institucionais para auxiliar no enfrentamento do novo coronavírus. No entanto, problemas como o subfinanciamento crônico do SUS, o congelamento dos gastos no setor nos últimos anos, a deterioração dos serviços e a precarização da força de trabalho apontam os desafios que se apresentam à gestão do trabalho em saúde, diante da necessária expansão dos serviços em contexto de pandemia (Teixeira *et al.*, 2020).

As desigualdades vivenciadas pela enfermagem estiveram relacionadas ao acesso deficitário aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), à escassez

de recursos humanos para o dimensionamento correto das equipes e à presença de profissionais com mais de 60 anos de idade ou portadores de doenças crônicas.

Segundo Minayo e Freire (2020), esses profissionais se encontram expostos ao contágio, em oposição às recomendações do Ministério da Saúde;. Por essa razão, houve a necessidade de ações judiciais trabalhistas, nos casos espalhados pelo Brasil, para afastamento dos profissionais dessa categoria pertencentes ao grupo de risco.

> (...) aqui teve dois enfermeiros idosos que trabalharam muito... Graças a Deus não tiveram covid, mas não aguentaram muito tempo o rojão... a gente se preocupava muito com eles porque naquele início a covid era vista como uma doença de perigo máximo para os idosos (enfermeira Eliane).

> (...) teve uma matéria aqui na UBS... quando, à noite, o meu marido, a diversão dele era ficar mudando de canal. Daqui a pouco: “e tem uma UBS, no Centro da cidade, que os funcionários não estão usando máscaras (porque não tinha o suficiente) e tem dois enfermeiros e um médico idosos”. Era a nossa UBS. Tinha vindo aqui a Record com câmera escondida (enfermeira Patricia).

O medo exagerado do contágio, pela falta de informação no início da pandemia, influenciou a percepção dos profissionais, da referida UBS, sobre quais EPIs seriam realmente necessários para conferir proteção adequada. Muitas vezes, segundo a enfermeira Telma: “as necessidades percebidas nem sempre estavam de acordo com as reais necessidades de suas tarefas”. Por essa razão, Martin-Delgado *et al.* (2020) afirmaram que quase metade dos profissionais que não realizavam procedimentos geradores de aerossóis relatavam queixas por falta de óculos de proteção ou respiradores tipo N95.

Esse resultado evidencia a falta de divulgação de informações claras acerca do uso correto dos EPIs, em meio ao caos pandêmico. Usar um nível de proteção diferente ou mais alto do que o necessário foi uma forma de uso indevido e causou a redução da quantidade de suprimentos disponíveis para as equipes de saúde no futuro, principalmente na rede pública.

A falta de informações apropriadas para os trabalhadores da saúde, segundo Martin-Delgado *et al.* (2020), foi uma das causas do aumento do número de profissionais enfermeiros infectados. O acesso desigual aos suprimentos médicos, incluindo diagnósticos e tratamentos, e informações mais detalhadas sobre a Covid-19, apresentaram desafios significativos para a UBS – Bom Retiro.

> (...) eu ia trabalhar morrendo de medo de me infectar e morrer ou matar alguém da minha família (enfermeira Vanda).

> (...) eu trabalhei durante a pandemia, fazendo vacinação diariamente, praticamente, nos finais de semana, inicialmente, o ambiente aqui estava bastante insalubre. Foi bem intenso, foi bem intenso. E aquela sensação de medo, a gente trazia para dentro de casa (enfermeiro Gabriel).

> (...) eu fiquei um pouco neurótica. Porque a gente não sabia como lidar, não tinha as medidas de precaução, no momento, né (enfermeira Renata).

> (...) chegava em casa e tomava banho de mangueira, porque minha mãe ficava na parte interior da casa. Colocava tudo para lavar. Sapato. Fazia higiene quase que... estava para engolir Hipoclorito, já. Bem, bem drástico, assim. Até que, demorou muito, foi chegando as medidas de proteção e a gente foi tomando cuidado, e tal. Mas fiquei um bom tempo sem ver meu pai, os meus tios mais idosos, minha sogra, que estavam ali mais fragilizados (enfermeira Patricia).

> (...) aqui na unidade, a gente monitorava, diariamente, toda a família. Porque tinha um que estava com covid e precisava ficar isolado, dentro de casa. Então, a gente ia lá... pensando agora, era muito maluco, porque a gente não estava protegido, mas queria proteger o usuário. Além desse monitoramento, a gente também, sim, se preocupava naqueles familiares como um todo. A gente perguntava como estava. Questão financeira, também, que era o que estava bem pesado. A região aqui é de vulnerabilidade social, também. Então, tinha toda essa parte (enfermeira Vanda).

Por ser uma região vulnerável e com profissionais de saúde, também, em situação de vulnerabilidade, e pelas distâncias salariais, não se encaixavam na categoria dos profissionais de saúde com maiores salários, que se protegeram comprando seus próprios EPIs. Então, esses profissionais precisaram aguardar a providência dos insumos por parte dos empregadores.

> (...) foi também a insuficiência e a má qualidade dos EPIs, quando foram distribuídos, levando ao período de uso maior que o preconizado. Além disso, tinha as dificuldades de tempo hábil para o preparo da equipe para o uso adequado destes EPIs e a infraestrutura inadequada dos serviços de saúde pública, aumentando a possibilidade de infecção durante a desparamentação (enfermeira Telma).

> (...) a máscara, o fique em casa. Só a gente aqui no serviço, um deserto na rua. Foi desesperador... a gente sem muitas informações no início... cada descoberta nova a gente ia compartilhando com todo mundo...tinha o receio muito grande de trabalhar sem as condições necessárias de proteção (enfermeira Nátaly).

> (...) eu acho que a gente, que é da área da saúde, a gente teve que ter um autocontrole. E não é ser frio, não é que a gente não sentia o que estava acontecendo, acho que a gente não podia pensar onde estava, porque eu pensava assim: “se eu não for, quem vai ajudar os usuários?”. Sinto, sim, que me coloquei em risco, mas os usuários já têm tão pouco... a gente tinha que entender na raça o que estava acontecendo para passar as melhores informações para eles... para fugir das fakes news (enfermeiro Gabriel).

A segregação enfrentada por essa categoria foi visível também nos espaços físicos dos serviços de saúde destinados ao descanso dos profissionais da enfermagem, que não foram adequados às medidas de distanciamento. Para além disso, as enfermeiras, na pandemia, foram mais expostas à estigmatização, violências física e psicológica (Teixeira *et al.*, 2020).

Ressalta-se que os profissionais da enfermagem são os responsáveis pela gestão, coordenação e assistência dos serviços de saúde, e se fizeram mais necessários na pandemia de covid-19. No entanto, foi notável, na fala dos participantes desta pesquisa, segundo a enfermeira Vanda, “o sofrimento com a flexibilização das leis trabalhistas e baixa remuneração”*,* também colocado pela enfermeira Eliane: “no momento da pandemia, nos processos de contratação emergencial, teve uma desigualdade salarial gritante entre médicos e enfermeiros”.

Logo, esses baixos salários, segundo Souza *et al.* (2020), foram compensados com a vinculação profissional em diferentes serviços de saúde, levando a jornadas de trabalho exaustivas e, consequentemente, ao aumento da exposição ao vírus.

Outro ponto a ser destacado se refere ao problema crônico de desenvolvimento de recursos humanos na saúde pública, tais como a escassez de programas de educação permanente, o que levou ao aumento do risco de infecção e despreparo das equipes de saúde para lidar com os casos suspeitos e confirmados.

> (...) é uma questão interna de organização, responsabilidades, da organização interna da gestão pública. A gente passando por todas essas questões da Covid... todas as enfermeiras estavam na mesma situação de exaustão, de sobrecarga de cobrança da covid, que ficava somente com a responsabilidade dos enfermeiros... o que vinha de informação era: “se protejam o máximo que vocês puderem”, não acho que isso foi educação. Era somente aquelas regrinhas (enfermeira Patricia).

Faz-se importante ressaltar que a sistematização de informações sobre as condições de trabalho tem o potencial de instrumentalizar dispositivos de enfrentamento às desigualdades vivenciadas desde antes da pandemia e acirradas

com tal situação. Tais informações precisam ser produzidas de forma a considerar as características de gênero, raça/cor/etnia, distribuição territorial e modalidades de trabalho em que a categoria está inserida.

Por essa razão, segundo Gandra *et al.* (2021), torna-se urgente e necessário dar visibilidade às denúncias sobre as condições de trabalho, assim como estimular a participação de representantes da categoria nas instâncias de gestão de políticas públicas, como conselhos de saúde, comissões intersetoriais, mesas de negociação e demais espaços que se fizerem necessários.

Assim, foram necessárias — porém, pouco se fez — formulações de políticas e adoção de medidas que fossem capazes de garantir a atuação segura da enfermagem, maior força de trabalho no sistema de saúde, o que foi essencial para o enfrentamento da pandemia, diminuindo, consequentemente, os impactos sociais e econômicos ocasionados pelo afastamento destes profissionais — por questões de doenças físicas e mentais durante o período pandêmico (Assunção, 2023). Afinal, segundo a enfermeira Isamar, “a qualidade do cuidado à nossa saúde depende também da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade de nós trabalhadores da saúde no exercício de nossas tarefas”.

Diante das desigualdades sofridas pelas trabalhadoras e trabalhadores da enfermagem, antes, durante e depois da pandemia de covid-19, compreende-se que há uma urgência na formulação de políticas de reparação histórica, tais como: 1) o estabelecimento de piso salarial e regulação das relações de trabalho com garantia de vínculo e direitos trabalhistas básicos; 2) a aprovação do projeto de regulamentação de carga horária de 30 horas semanais; 3) a realização de concursos públicos para eliminação de contratos precários de trabalho no setor público; 4) implementação de ações efetivas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, com estabelecimento dessas políticas nos níveis estaduais e municipais; 5) a ambiência adequada nos espaços de cuidado e também nos espaços de descanso e alimentação desses profissionais; e 6) dimensionamento adequado das equipes, conforme a necessidade de cada setor (World Health Organization, 2020; Gandra *et al.*, 2021).

Contudo, o enfrentamento das desigualdades históricas e persistentes, agravadas pela pandemia, exigiu que as reconhecêssemos como parte da formação socioeconômica brasileira que afetou diretamente a Enfermagem. Assim, a crise sanitária que vivemos pôde e trouxe a oportunidade de visibilizar as desigualdades

estruturais da nossa sociedade. Nesse aspecto, vislumbra-se reconhecer que as desigualdades sociais são alicerçadas no modo de produção capitalista, e que a realidade da categoria é produto da sociedade de classes existente.

Ressalta-se, ainda, que o Brasil tem suas raízes em uma estrutura social colonial, patriarcal e escravagista, tendo como consequência a opressão da classe trabalhadora, especialmente, para grupos historicamente em condições de desigualdades, tais como mulheres, negras, indígenas e quilombolas. São esses grupos sociais que enfrentam relações assimétricas de poder, sofrem discriminações por suas formas de expressão socioculturais e ainda se encontram sob precárias condições de vida, submetidos a jornadas exaustivas de trabalho, em ocupações consideradas subalternas (Fernandes; Galindo; Valencia, 2020).

Ante o exposto, a temática “as Adversidades enfrentadas pela enfermagem da UBS durante a pandemia da covid-19” clarificou os desafios específicos enfrentados pelos profissionais de enfermagem no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante a pandemia de covid-19. Esses desafios incluíram:

a) *sobrecarga de trabalho*: aumento da demanda por serviços de saúde, resultando em exaustão física e mental;
b) *falta de recursos materiais e humanos*: EPIs inadequados ou insuficientes, falta de pessoal, e condições de trabalho limitadas;
c) *exposição ao risco de infecção*: medo constante de contaminação, afetando o bem-estar e gerando ansiedade;
d) *desvalorização profissional*: falta de reconhecimento e apoio ao trabalho dos enfermeiros por parte das instituições e políticas públicas;
e) *ausência de suporte institucional*: falta de apoio governamental e organizacional, gerando sentimentos de abandono.

Esta temática faz-se importante para entender como esses fatores impactaram diretamente a saúde mental dos enfermeiros, pois as adversidades enfrentadas pelos enfermeiros durante a pandemia evidenciam a necessidade de melhorias nas condições de trabalho, que precisam ser abordadas por meio de políticas públicas efetivas.

Os achados relacionados às adversidades fornecem uma base sólida para propor políticas que melhorem a infraestrutura de trabalho, aumentem o

reconhecimento da enfermagem e ofereçam suporte psicológico adequado aos profissionais. Ao melhorar as condições dos enfermeiros, há uma melhoria direta na qualidade do atendimento prestado ao usuário/paciente, uma vez que profissionais mais bem cuidados têm melhores condições de oferecer um serviço de qualidade.

Competências emocionais e a formação em enfermagem para lidar com a morte e luto no contexto da Unidade Básica

A morte nem sempre é bem-aceita pelos profissionais da área da saúde, pois sua formação acadêmica é essencialmente voltada para prolongar a vida. Por essa razão, os enfermeiros não recebem a formação adequada/suficiente para lidar e acompanhar o paciente em final de vida, bem como para acompanhar a família no processo de luto (Azevedo *et al.*, 2023).

> Que nem, a faculdade não me preparou para lidar com a morte, lidar com o luto dos pacientes. Na faculdade é “eu aprendo a ser enfermeiro e aprendo a lidar com a doença”, da faculdade em si, acho que falar sobre a morte foi só na teoria... o processo do luto, fases da morte e foi isso... só... (enfermeiro Gabriel).

> (...) não acho que eu tenha sido preparada para lidar com a morte. Digo, como profissional... na minha formação, não tive nenhum suporte, nenhum preparo... nada disso (enfermeira Isamar).

> Cuidar não é só ter boas intenções, cuidar é saber quem é o outro, conhecer as suas preferências, as suas limitações, as suas necessidades e reconhecer as próprias incapacidades. Quem cuida de pessoas doentes passa por muitos fatores de estresse, e isso a gente não aprende... a gente chega no campo da prática e fica totalmente perdido (enfermeira Patricia).

O cuidado holístico envolve uma relação de acolhimento e confiança, compromisso entre o enfermeiro e o paciente. Na maior parte das vezes, os enfermeiros se preocupam em proporcionar um cuidado individualizado ao paciente, não apenas técnico, mas também humanizado, e se frustram por não terem a estrutura da formação adequada no oferecimento de tal cuidado, faltando conhecimentos sobre estratégias do enfrentamento da morte e sobre cuidados em situações de óbitos no âmbito cotidiano de trabalho (Farinatti, 2021).

Sobre esse fato, os enfermeiros referiram sentir dificuldades em lidar com estas questões, não sabendo como abordar os pacientes/usuários e familiares nem como lidar com os próprios sentimentos.

> (...) medo, medo de errar, medo de não dar conta, medo de tanta responsabilidade. Porque você lidar com a morte do outro, sabendo que tem familiares que vão sofrer, não dá pra mensurar, de tanta responsabilidade. Confesso que, até hoje, eu não perdi o medo de encarar a morte de um paciente... encarar os familiares... a gente não aprende essas coisas... em nenhum lugar! Acho que não sei até hoje, fico com medo, mesmo com 24 de enfermagem. Eu tenho medo de cuidar do óbito e todo conjunto que vem com ele (enfermeira Isamar).

> (...) eu tive um episódio, que foi bem complicado, que foi lá trás... eu quase... se não fosse um médico ter me... sei lá, eu acho que foi um anjo que desceu do céu. Eu acho que tinha sido expulsa do meu primeiro trabalho de enfermagem. O que aconteceu: eu fiquei com um paciente terminal, já bem comprometido. E, no curso de enfermagem, eu não tive nenhum preparo emocional para isso. É só técnico, técnico e procedimento... quando chega na prática você vai sem nenhum preparo. O paciente estava debilitadinho, mas, os sinais vitais já baixinhos, mas sem nenhum resquício de que poderia... para mim, a meu ver, ele não morreria ali, naquele momento. Quando eu voltei ele estava parado. Ele tinha ido a óbito. E, aí, eu fiquei tão desesperada. Foi tão desesperador para mim. Aí, a enfermeira chefe falou: “ah, agora você vai preparar o corpo”. E eu com a minha cadernetinha, “Jesus, como se prepara um corpo? (enfermeira Eliane).

> (...) me bateu uma angústia de dividir o diagnóstico com um usuário. Um diagnóstico de HIV, já quase terminal porque ele era morador de rua e estava bastante debilitado. E além de todo o sofrimento vai ter um diagnóstico que ele jamais imaginava, e com mais essa questão. Vai chegar aqui quase para morrer, o que a gente vai fazer? (enfermeira Renata).

Estudos (Aoun, 2020; Derkx *et al.*, 2020; Walsh, 2020; Farias & Guimarães, 2021) demonstraram que a impotência, o medo, a angústia são algumas da dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem. Por outro lado, como lembrou Siswadi *et al.* (2023), a maior parte dos enfermeiros jovens — como ocorrido na referida UBS —, não tiveram a vivência da morte de um membro da família, aumentando o seu sofrimento e angústia, para além de sentimentos de incapacidade para gerir a situação, quando confrontados com o processo de morrer.

> (...) eu nunca tive a experiência de alguém próximo da minha família falecer... tive uns tios e meus avós, mas não morávamos na mesma cidade, então não senti tanto (enfermeiro Gabriel).

> (...) eu ainda não tive uma experiência de uma morte próxima... não de alguém que eu tenha um vínculo grande e próximo (enfermeira Nátaly).

> (...) a minha relação com a morte é um pouco complicada, porque às vezes eu não aceito. É o não aceitar. Sei lá. Não sei se a palavra certa é “montar um personagem”. Não é um personagem, mas, pelo menos, para os pacientes, eu tenho que ser uma outra pessoa. Para se manter firme em relação a eles. Mas o meu particular é outra coisa (enfermeira Patricia).

Na maioria dos contextos organizacionais (Farias; Guimarães, 2021), há uma contradição entre o que acontece na realidade e o que é ideal. Resgatar a humanização, a dignidade no acompanhamento no processo de morrer, embora essencial na perspectiva do cuidado à pessoa, e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como uma tarefa fácil para os enfermeiros.

> Você reanima (o paciente) e é vida. Você faz de tudo para o paciente viver. Tá bom! Vêm os cuidados paliativos. Não, não entra na minha cabeça. Eu não vou deixar morrer. Não. Está errado. Eu não vou deixar morrer sem fazer nada. Não! Eu entendo qual é a mensagem, mas eu não aceito (enfermeira Vanda).

> (...) até hoje eu não sei lidar com isso. Eu falo: “Meu Deus, morreu? Nossa... ontem mesmo estava com ele...” e trabalhando todo dia com a possibilidade de ocorrer um óbito (enfermeira Telma).

> (...) essas perguntas sobre perdas e luto a gente não faz para o usuário. Pode causar um mal-estar... causar uma dor que às vezes ele não quer falar. Acho melhor nem cutucar. Até porque se ele chorar eu não vou saber o que fazer (risos) (enfermeiro Gabriel).

A formação do profissional enfermeiro deveria ser entendida não apenas como um meio de facultar o conhecimento específico acerca de um determinado tema, mas igualmente um meio de acompanhar e apoiar os profissionais de saúde, pois percebe-se a emoção que emerge quando os profissionais entram em contato com a morte e o morrer de um paciente. Deve-se dar atenção para o fato, pois envolve a saúde mental desses enfermeiros e, portanto, a qualidade de seus atendimentos.

> (...) um curso sobre educar para a morte os enfermeiros, aqui na saúde pública, de como comunicar com o doente e família, proporcionaria uma melhor qualidade de atendimento ao doente e família, aqui na UBS, ia ajudar até a gente a saber lidar com as nossas emoções (enfermeira Eliane).

> (...) na rede pública, parece que não pode ter luto. Não sei na particular (rede), mas aqui esse negócio de morte e luto não tem essa emoção;

> porque quem passa fome não tem luto. Acho que os profissionais e toda área da saúde enxergam dessa forma... é o que parece pra mim e é muito triste porque trabalhamos com esse tema (enfermeira Renata).

Com o avanço tecnológico e o aumento da expectativa de vida, decorrente de uma melhor qualidade de vida e da erradicação de algumas doenças, os profissionais da saúde passaram a ser vistos como aqueles que vão prevenir doenças e, consequentemente, promover a cura. Paim e Vieira-da-Silva (2006) apontaram que as tecnologias disponíveis no campo da medicina prolongam o processo morte/morrer, proporcionando a falsa ideia de um controle sobre a morte. Dessa maneira, os profissionais da saúde, sobretudo os enfermeiros, cuja função, segundo Kovács (2012), é assistir o doente, promovendo a sua recuperação e ajudando em sua autonomia, acabam por criar vínculos com o paciente devido a esse cuidado, provocando sentimentos de tristeza e impotência no profissional, na impossibilidade de cura ou a ocorrência do óbito.

> (...) aqui na UBS eu tenho usuários que tenho vínculo, sim. Então, eu sabia daqueles que morreram ou que teve seus entes queridos perdidos em relação à covid. Eu fazia visita, tentava conversar, tentava entender o que tinha acontecido, conversava..., mas fiquei triste, também, perder paciente é sempre uma sensação de derrota, de falha... a família também olha a gente assim... como se a gente tivesse falhado no cuidado (enfermeira Nátaly).

> (...) antes, quando tinha psicólogo aqui na unidade, a gente já falava “tal dia tem um grupo, a gente queria que todo mundo participasse. A gente ia na casa pra saber quem queria falar no grupo, deixava um papelzinho com dia e horário na casa da pessoa... muito importante ajudar nessas questões tristes de morte (enfermeira Eliane).

> (...) essa é a morte... então, é a minha angústia, é o meu desejo. É o meu egoísmo que não deixa o outro ir. E, aí eu posso submeter o outro a uma vida vegetativa. Sei disso, mas morrer? Será... com tanta tecnologia hoje... não aqui na UBS porque a morte é certa, mas no particular (enfermeira Vanda).

Em sua formação acadêmica, os futuros enfermeiros não discutem sobre a temática da morte, do morrer e do luto no contexto da saúde pública, principalmente com a necessária e suficiência que o tema exige para a sua formação prática.

> (...) a minha aprendizagem na graduação fugiu muito da Atenção Básica. Ela não pensa tanto no SUS, porque é tudo muito no particular... me assustei quando comecei meu trabalho na UBS... o tanto de doenças crônicas não tratadas e os usuários morrendo; sem assistência muitas

> vezes. Quando eu entrei eu pensei que iria me agregar coisas para trazer para a Atenção Primária, Atenção Básica. E não foi isso que aconteceu... me deparei com um cenário de muitas perdas em que não fui preparada para esses excessos de faltas, além das mortes em si (enfermeira Telma).
>
> (...) o serviço público é grande, a comunicação falha... a gente sabe que tem um déficit. A gente vai aprendendo tudo na prática, ou não... porque vejo enfermeiros que não aprenderam nada sobre tamponamento, sobre como preparar o corpo ou até dar uma notícia de morte... isso não é discutido (de falar sobre a morte) porque nunca foi falado (enfermeira Isamar).
>
> Em relação à morte, no caso, eu tive as partes que falam rapidamente, basicamente, pela teoria, na faculdade, mas nada muito profundo. E isso a gente tem que buscar (enfermeira Nátaly).
>
> (...) de um modo geral, eu acho que a faculdade prepara muito para um burocrático. Não que não prepare (para a morte ou luto), mas eu acho que é muito da enfermagem, na prática, ter o cuidado, a empatia, o cuidado mesmo (enfermeira Renata).

Lima e Nietsche (2016) apontaram que a estrutura curricular de graduação em enfermagem no Brasil continua sendo tecnicista e centrada na doença. Logo, os profissionais não se sentem preparados para o desempenho adequado de sua função na iminência da morte de um paciente. Com o agravante de que as instituições de ensino superior em enfermagem foram impactadas pela pandemia de covid-19, tanto com relação ao ensino presencial quanto com respeito às aulas práticas realizadas nas unidades de saúde, visto que, segundo Romli *et al.* (2022), a formação em enfermagem requer habilidades psicomotoras que dependem da aprendizagem em treinamentos práticos e experiências com o paciente, as quais foram interrompidas nos estágios iniciais da pandemia, prejudicando ainda mais a formação do profissional.

A morte no contexto hospitalar e no ambiente das UBSs, não é compreendida como processo natural da vida. O esforço para manter a vida a qualquer custo pode, quando diante da morte, despertar nos profissionais da enfermagem frustração referente ao seu trabalho. Portanto, sabe-se, dessa forma, que o significado para a morte está intrinsecamente ligado aos sentimentos despertados por ela. Identificou-se a crença e o apego às religiões como um auxílio a esses profissionais, na construção de significado da morte como uma passagem para uma nova vida.

> (...) eu acho que ler sobre, ver sobre, entender sobre, e acreditar que a morte é um processo natural, e já ir trabalhando desde que possível, né, o assunto sobre morte/luto. Tem uma questão espiritual também. Fui evangélico muito tempo, mas hoje sou da umbanda; então o processo da morte é muito tranquilo porque eu acredito no processo da evolução espiritual, de ter os guias espirituais acompanhando o paciente que morre e acompanhando a gente, também, para dar esse suporte e levar o morto para o caminho que ele tem que seguir (enfermeiro Gabriel).

> A minha mãe era muito religiosa. Mesmo assim ela nunca interferiu nessa questão. Sou espírita e tenho um pouco de mediunidade. Então, quando morre eu faço um passe em mim e no paciente para que ele chegue bem do outro lado (enfermeira Vanda).

> (...) eu acho que quando chega a hora o doente precisa descansar; fazer a passagem para dormir e se livrar da dor (enfermeira Renata).

A religião e a espiritualidade vêm sendo reconhecidos como importantes elementos de apoio no luto, pois, segundo Vasconcelos (2010), as tradições religiosas/espirituais criam teorias sobre o sofrimento e a morte e, por esta razão, geram sentidos e estratégias para o profissional da saúde lidar com ela. Além disso, os sentimentos desencadeados pelos enfermeiros frente ao processo de morte e do morrer dos pacientes são compatíveis ao tempo de convívio com o paciente e o nível de sofrimento que ele passa.

> Aqui, por ser estratégia, você vai na casa do usuário, você recebe ele aqui, você visita. Por mais que você não seja da equipe, mas você visita para alguma coisa pontual. Tem essa abertura de você ir na intimidade. Então, você sofre um pouquinho mais quando acontece o óbito ou quando damos a notícia de uma doença terminal (enfermeira Renata).

> (...) quando eu vejo o falecimento de algum usuário próximo eu tento não chorar, porque é muito triste. Aqui na UBS a gente se torna a família do usuário (enfermeira Telma).

> (...) se o usuário estava sofrendo muito e eu já fiz várias visitas para ministrar medicação paliativa, eu fico aliviada quando morre, acho um alívio. Ruim, mas é um alívio para o paciente (enfermeira Patricia).

Observou-se que os pacientes/usuários oncológicos provocam maior sentimento de perda e culpa nos profissionais, pelo fato de se sentirem incapazes e impotentes em cessar o sofrimento do paciente, principalmente quando não há um encaminhamento adequado para o caso. Ao presenciar o processo de morte de um usuário/paciente sob seus cuidados, principalmente no trabalho domiciliar, o enfermeiro “dispõe de todas suas forças para apoiar a família, participando do

sofrimento sentido pela mesma, com o intuito de amparar, tentando compreender os sentimentos envolvidos" (Costa *et al.*, 2008, p. 154).

> (...) empatia a gente não aprende na faculdade. Para o enfermeiro é essencial cuidar de todos, não só do usuário, tem a família também... a faculdade da a base, mas o cuidado é o dia a dia. Professor é muito teórico, não ensina o que a gente vai sofrer na prática porque tem muito enfermeiro que é bruto porque não sabe lidar com as emoções (enfermeira Vanda).

> (...) eu penso que, não sei, lógico que não são todos, né. A gente tem que ser empático o tempo todo. A empatia tem que estar em nós, porque, se não, você não atua na rede pública. Eu acho que você deixa entrar, de repente, se você não tem uma dedicação, um desejo de estar e fazer e ser empático, talvez você não consiga. Porque é uma população que precisa muito. Demanda mais, muito mais (enfermeira Eliane).

É função desse profissional proporcionar à família um ambiente tranquilo e uma experiência menos dolorosa e traumática diante da situação de perda do ente. No entanto, a experiência do profissional de enfermagem é singular a cada situação vivenciada.

As reações desencadeadas frente à morte, por esses profissionais, são diversas. Santana, Pessini e Sá (2017) expõem que o processo de morte/morrer pode ser vivenciado de diversas maneiras, pois essas reações são influenciadas pelo momento histórico e pelos contextos socioculturais.

> (...) morrer nos espaços públicos é bem mais sofrido que morrer com a dignidade do hospital particular (enfermeira Nátaly).

> (...) não existe morrer com dignidade da saúde pública... tem amor, mas não tem dignidade (enfermeira Telma).

Os profissionais de enfermagem da referida UBS presenciam o processo de morte/morrer diariamente do usuário/paciente por várias questões, incluindo as sociais, tais como moradores em situação de rua, nas ocupações ou na Cracolândia, por exemplo — e, nesse processo, eles têm a função de cuidar dessas pessoas que estão em sofrimento. Sendo assim, observou-se que esses profissionais se colocam em uma situação de que devem ser fortes, e não esboçar nenhum sentimento, a todo momento, para desempenhar tal papel.

> (...) acredito que preciso ser forte perante o paciente porque ele já está sofrendo (enfermeiro Gabriel).

> (...) a gente fica chateado quando alguém que a gente cuida morre, mas eu enxugo as lágrimas porque tem um próximo que precisa de mim e vida que segue (enfermeira Telma).

> (...) o paciente morreu na minha frente e eu dava risada. Eu entrei num estado de choque, que eu dava risada... já tinha tentado ser forte em outras ocasiões, mas com esse paciente que eu tinha um vínculo muito forte, eu dava risada... eu não estava de maneira alguma desrespeitando o paciente (enfermeira Vanda).

> (...) já pensou se eu fosse chorar por todo usuário? (enfermeira Nátaly).

Dessa forma, torna-se comum que os profissionais de enfermagem, convivendo diariamente com medo e a perda, tendam a se afastar do paciente e naturalizar todo esse processo de extrema angústia. Pinto, Silva e Baptista (2014) afirmam que uma das reações de defesa mais comuns nos profissionais de enfermagem é a evasão, isto é, não falar sobre a temática; dessa forma, não vivenciam os sentimentos que envolvem o luto, na tentativa de se protegerem.

Como estratégias para o enfrentamento do luto, observou-se que “negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com experiências dolorosas” (Kovács, 2012, p. 23), podendo proporcionar a ideia de força e controle. No entanto, Kovács (2012) sinaliza para as consequências do luto mal elaborado, que traz graves consequências, como a maior possibilidade de adoecimento, sendo a depressão a doença que mais acomete os profissionais da área da saúde.

> É um assunto que se evita falar, para evitar o sofrimento (enfermeira Renata).

> Tento separar o profissional do emocional (enfermeira Eliane).

> Oro para Deus, já que ele tem que ir, que vá quando não estou (enfermeira Patricia).

Outro aspecto é a tentativa de separar o profissional da emoção, o que faz com que os profissionais de enfermagem acreditem que somente serão bons profissionais se não demonstrarem nenhuma emoção, sentimentos diante do processo de morte/morrer. Piola (2013) afirma que uma das principais atitudes que o profissional de saúde necessita para oferecer cuidado ao paciente que está morrendo não seria se colocar no lugar dele, pois, dessa forma, o profissional

passaria pelo mesmo processo de sofrimento psíquico, mas, sim, ter a compaixão, pelo paciente e por ele mesmo, pelo peso da situação vivida.

> (...) a gente tem muita empatia... compaixão acho que já é outra coisa, né? (enfermeiro Gabriel)

Frutos de uma formação acadêmica tecnicista, os profissionais de enfermagem, ao se depararem com a morte, sentem-se despreparados. O reconhecimento do corpo humano apenas como objeto de estudo priva a expressão de sentimentos desde a formação acadêmica.

No geral, a aprendizagem durante a formação acadêmica centra-se na cura de doenças; e, quando este objetivo não é alcançado, desperta o sentimento de despreparo. Na formação acadêmica, há uma “ausência de disciplinas que discutam aspectos cognitivos e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer” (Kovács, 2010, p. 425), mesmo após as mortes ocorridas por covid-19 (Peito, Melo; Longo, 2023). Assim, lidar com a finitude humana torna-se uma tarefa difícil para o profissional de enfermagem, que aprendeu, na Graduação, que sua função é salvar vidas.

Ante o exposto, as competências emocionais dos profissionais de enfermagem, desenvolvidas durante sua formação, influenciam diretamente o modo como eles enfrentam o luto, tanto pessoal quanto profissional. Enfermeiros que possuem melhores competências emocionais são capazes de lidar com as emoções complexas associadas à perda de usuários/pacientes, minimizando os impactos do luto em sua saúde mental (Paim, 2019). O desenvolvimento de competências emocionais adequadas ajudaria os enfermeiros a enfrentarem o luto que surge em suas experiências de trabalho, especialmente em um cenário tão desafiador como foi a pandemia de covid-19.

Portanto, as competências emocionais dos enfermeiros, tais como a empatia, a resiliência e a regulação emocional, atuam como fatores de proteção, ao enfrentarem situações de morte e luto. Quando essas competências são bem desenvolvidas, os enfermeiros se tornam resilientes, com menor risco de desenvolverem luto complicado ou outros problemas emocionais. A falta de formação adequada para lidar com a morte e o luto é um fator de risco, deixando os enfermeiros vulneráveis ao estresse emocional e ao desgaste psicológico. Identificar essas lacunas permite direcionar intervenções para fortalecer as competências

emocionais dos profissionais, prevenindo o agravamento de problemas de saúde mental (Gabriel; Paulino; Baptita, 2021).

A análise das competências emocionais e da formação dos enfermeiros fornece informações importantes para o desenvolvimento de políticas públicas que incentivem a inclusão de programas de educação emocional nos currículos de enfermagem. Esses programas são fundamentais para preparar melhor os profissionais para o enfrentamento de situações de morte e luto, especialmente em momentos de crise, como da pandemia.

Experiências de luto e desafios de saúde mental na enfermagem da UBS durante a pandemia

A pandemia trouxe consigo preocupações com o abastecimento de equipamentos de proteção individual; possibilidade de inabilidade com a nova doença e também com novos setores de trabalho; falta de conhecimento sobre formas de contágio e medicamentos específicos; escassez de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ventiladores mecânicos; sobrecarga de trabalho; e a mais desafiadora de todas as questões: o desconhecimento sobre uma doença perigosa que atingiu de maneira letal milhares de profissionais de saúde em todo o mundo e que põe o trabalhador como um possível vetor de contaminação para sua família. Essas situações, segundo El-Hage *et al.* (2020), acarretaram distanciamento dos familiares, medo, angústia, sentimentos de incerteza e estigmatização social.

Nesse contexto, na medida em que a pandemia avançou, os enfermeiros foram atravessados por vivências que evocaram sentimentos de luto. Acredita-se que a maneira como a equipe de enfermagem vivenciou o processo de luto na pandemia afetou a sua saúde mental.

> (...) e eu tive a notícia de que uma ex-responsável técnica, que a gente chama de RT, estava com covid, ia ser intubada. Nossa, a gente ficou... porque era uma pessoa muito querida, com quem a gente teve muito convívio (enfermeira Vanda).

> (...) os rins dele tinha parado. Isso era um domingo. Numa quarta-feira, ele faleceu. Então eu fiquei muito... eu joguei a carga em cima de mim. Na época, eu disse “a culpa é minha, a culpa é minha, a culpa é minha” (enfermeira Isamar).

> “Ah, morreu. Morreu”, mas não sabia fazer a abordagem correta, então você mantem a distância (enfermeira Eliane).

Os enfermeiros e técnicos vivenciaram, durante o período pandêmico, em seu cotidiano, mortes mais frequentes do que aquelas com as quais estavam acostumados a lidar, além da ausência ou modificação de rituais fúnebres. A ausência de rituais, além do distanciamento social, acarretou um sentimento de solidão, sobrecarga de luto e exaustão emocional nos profissionais de saúde (Farahmandnia; Hamdanieh; Aghababaei, 2020). Uma resposta inadequada ao luto expôs os profissionais a um risco aumentado de sofrimento/transtornos mentais e um processo de luto prolongado (Pan, 2020).

> (...) poxa... tanta gente morrendo. No início a gente não tinha dimensão de como era... a coisa de não ver o corpo, não ir ao velório... isso impactou um pouco mais (enfermeiro Gabriel).

> A gente fica chateada porque é uma pessoa que a gente acompanha e cuida... uma pessoa que estava lá e, agora, não está mais. Eu fico sofrendo (enfermeira Telma).

> (...) eu aprendi muita coisa na hora, ali. Na hora. Eu tinha muito medo de perder as pessoas eu temia por quem estava ao meu lado... vi muita gente morrer (enfermeira Nátaly).

Além disso, destacou-se o risco da chamada segunda onda de covid-19 no Brasil, que iniciou-se, ainda no ano de 2020, levando a um aumento do número de casos no início de 2021. a nova onda não aumentou apenas os números de casos da doença, mas também elevou o número de mortos, colapsando o sistema de saúde em vários locais do Brasil; constituindo, dessa forma, problemas de saúde psicológica nos profissionais de saúde, que se manifestaram pelo entrelaçamento de cansaço e a sensação de desamparo (Shojaei, 2023).

> (...) então, a gente ia pedindo ajuda. Mas, realmente, era como se estivesse começando um serviço novo. Não sabia lidar ali exatamente como estava sendo. Até porque era tudo novo para todo mundo, essa covid, na verdade (enfermeira Patricia).

> (...) todo aquele cuidado, que tem que ter de tirar a roupa fora, tem que entrar sem abraçar ninguém, tem que tomar banho, já colocar pra lavar, o sapato pra fora. Toda essa dor de cabeça. E paranóia, porque alguns enfermeiros ficaram paranoicos nisso (enfermeira Isamar).

> (...) eu fiquei no hotel, eu não voltava para casa (enfermeira Vanda).

A equipe de enfermagem, em seu processo de trabalho, passou maior tempo na prestação de cuidados diretos aos usuários/pacientes com covid-19. No entanto, esses cuidados não se restringiram aos cuidados técnicos, mas envolveram seus aspectos psicológicos e emocionais de apoio ao usuário/paciente, ao mesmo tempo em que se vivenciava o medo de adoecer, de morrer e, ainda, da contaminação dos familiares e colegas (Ramos *et al.*, 2021).

> (...) a gente não pensou que viesse da forma que veio, da noite pro dia, onde as pessoas não sabiam nem como lidar. Então, a gente aqui, na UBS, também não sabia como lidar. E, assim, quando se viu tendo pessoas com falecimento, a gente, dentro da equipe... “ah, hoje foi o Seu Fulano, Cicrano” ... você tinha contato com a questão da morte todos os dias e o tempo todo (enfermeira Telma).

> (...) os enfermeiros estavam esgotados, iam embora depois de “muitaaassss” horas, não aguentavam mais. Foi em 2021. 2020 foi o “boom”, mas 2021 ainda tava naquele processo (enfermeira Nátaly).

> (...) então, eu estava estressada, eu sabia o que estava acontecendo... foram muitas perdas, foi muito triste. A gente via gente com histórico de ter chegado quatro horas da tarde, com falta de ar, pessoas sem comorbidade nenhuma, jovens, que não, não tinha nada, nada, nada (enfermeira Renata).

Diversas situações podem influenciar na forma como o luto é vivenciado e administrado e, consequentemente, contribuem tanto para o desenvolvimento do luto normal quanto do luto complicado ou luto antecipatório. Por não conseguir uma antecipação da perda de usuários/pacientes queridos, familiares e colegas de trabalho, o profissional da enfermagem apresentou sinais intensos de tristeza, angústia de separação, perda e sentimentos de vazio ou falta de sentido de vida; em situações típicas, como a vivenciada pelos profissionais da enfermagem, 10% dos enlutados apresentam transtorno de luto prolongado (Gabriel; Paulino; Baptista, 2021).

> (...) reações de retomar as lembranças, ter uma crise de choro (enfermeiro Gabriel).

> (...) eu já vou pensando “só mais um número a subir”, mas eu não consigo pensar assim... tenho que pensar que é uma pessoa, tenho que ter empatia (enfermeira Patricia).

> (...) me bateu uma angústia... porque ele estava bem, vivendo a vida e, aí, começou a não respirar (enfermeira Eliane).

Outro fato que merece destaque é a possibilidade de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Estudo de Ouyang *et al.* (2022) apontou que, durante a pandemia, o sofrimento psicológico foi significativamente maior em profissionais da enfermagem. Portanto, segundo os autores, na pandemia de covid-19 houve um fator de risco para aumento dos níveis de estresse, depressão e ansiedade nos profissionais da área da saúde que trabalharam na linha de frente no combate ao vírus.

Nesse sentido, evidencia-se neles o aumento do TEPT. O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) resulta da exposição a uma ou mais situações traumáticas, e estas podem se relacionar à ameaça à própria vida ou à pessoas próximas, acidentes graves, violência ou ato de testemunhar esses eventos (Nascimento *et al.*, 2022).

Destaca-se, ainda, um acréscimo na carga de trabalho de profissionais que possuíam maior experiência, durante a pandemia, pois eles assumiram a função de treinamento e supervisão de profissionais da enfermagem menos experientes, diante da complexidade e necessidades de saúde impostas pelo cenário de covid-19, o que favoreceu maior nível de estresse e de suscetibilidade ao adoecimento mental (Ouyang *et al.*, 2022).

> Foi uma emoção, né? Porque a gente via aquelas notícias de muita gente morrendo, morrendo, morrendo. Aí a gente falava: “minha nossa! Eu estou no meio. Como será que estão os outros? Nos outros hospitais? Meus colegas?” (enfermeira Vanda).

> (...) se você teve tempo de olhar jornal, se você teve tempo... porque, às vezes, o trabalho era tão intenso. Não tem como separar muito o profissional do pessoal, aquela covas abertas... (enfermeira Eliane).

> (...) eu precisei ensinar estagiário... imagina a UBS cheia e a gente tendo que encarar estagiários (enfermeira Telma).

> (...) a meu ver, os enfermeiros novos atrapalharam na rotina, era mão de obra, mas muito fraca para o momento. Era, aí, mais um ponto de estresse para a equipe (enfermeira Isamar).

Nos estudos analisados, por Freire *et al.* (2020), as vivências do luto, dos profissionais da enfermagem, durante a pandemia de covid-19, parecem estar

permeadas por sentimentos de medo, desamparo, desesperança, sofrimento moral, estresse, ansiedade, sintomas depressivos, *burnout* e impotência.

Faz-se importante destacar que todos esses sentimentos estão atrelados aos fatores de risco de suicídio entre os profissionais, um problema complexo, multidimensional e cada vez mais frequente, e que, apesar de sua importância, segue silenciado no campo dos tabus das instituições (Rocha; Barros; Oliveira; Almeida-Junior, 2023).

> (...) senti que o estresse afetou a minha saúde mental, mesmo. Pessoas perderam familiares. Até quem não tinha comorbidade (enfermeira Vanda).
>
> (...) eu tive burnout, mas o burnout foi antes até da pandemia. ela só acelerou (enfermeira Telma).
>
> (...) hoje eu estou um pouquinho melhor... tinha dia que o cansaço era tanto que eu dizia “não, não quero continuar”. Acho que estava até com depressão (enfermeira Renata).
>
> (...) eu tive estresse pós-traumático depois da pandemia. estou fazendo terapia porque estava pensando em me machucar... tenho até vergonha (enfermeira Eliane).

Com base nessa perspectiva, foi possível ressaltar que os impactos gerados pela covid-19 nos enfermeiros da referida UBS vêm ocorrendo de forma progressiva, provocando o surgimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (Esteves *et al.*, 2019) em enfermeiros que trabalharam no período pandêmico. Dentre os TMC apresentados, se incluem: fadiga, agressividade, estresse, episódios de pânico, ansiedade e até mesmo depressão (Pereira *et al.*, 2023).

> (...) me vejo mais nervoso, tenso ou preocupado sem motivo aparente (enfermeiro Gabriel).
>
> (...) sinto mais dificuldades em cumprir minha tarefas (enfermeira Nátaly).

Nesse cenário, faz-se relevante destacar que o Cofen, no ano de 2022, realizou uma ação, em conjunto com Movimento de Ativistas, para promover o Dia Nacional de Lutas em Defesa da Vida. Essa ação tinha como temática o “Suicídio na Enfermagem, não”. Essa ação promoveu a saúde mental e a valorização dos profissionais da área. Essa mobilização foi motivada pelo aumento de casos

recentes de suicídio entre os profissionais de enfermagem. É sabido que o suicídio é multifatorial, mas é inegável que o estresse em local de trabalho, as agressões e a sobrecarga gerada pela jornada excessiva estão relacionadas ao adoecimento do profissional (Pereira *et al.*, 2023).

Segundo o Cofen (2022), os enfermeiros enfrentam situações de violência física, verbal e psicológica, revelando, ainda, que somente 29% desses profissionais se sentem seguros em seus ambientes de trabalho. A pesquisa do Cofen, em parceria com a Fiocruz, revelou, também, que 19,7% sofreram violência no ambiente de trabalho, sendo 66,5% violência psicológica, 26,3% verbal e 15,6% violência física. O Cofen recomenda, ainda, que os casos de violência sofrida contra os profissionais de enfermagem, em ambiente de trabalho, devem ser notificados também ao respectivo conselho regional, para que seja prestado apoio.

A esse respeito, segundo Pereira *et al.* (2020), aponta-se que, no Brasil, as principais condições desfavoráveis para a prática de enfermagem na saúde pública são: a forte incidência de desgaste dos trabalhadores, comprometendo, assim, sua saúde física e mental; e impactando diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes. As condições de trabalho ou a insalubridade destas talvez seja a face mais expressiva da baixa valorização da profissão.

> (...) tem dias que “só por Deus”... muito usuário esperando... bravos, xingando a gente. Dá um desânimo... às vezes não tem lugar pra sentar e eles colocam a culpa na gente! (enfermeira Patricia).

> Dia de vacina aqui na UBS e falta agulha... vê se pode? (enfermeira Telma).

> (...) depois da covid eu fiquei descrente com o sistema de saúde pública... o cuidado com a gente foi quase zero por aqui (enfermeira Renata).

Em contrapartida, segundo Braga *et al.* (2018), o enfermeiro é um profissional que busca o desenvolvimento de sua identidade profissional e reconhecimento. No entanto, devido ao aumento do número de pacientes, na rede pública, precisando de cuidados contínuos e complexos, o enfermeiro afastou-se de seu papel principal, para assumir uma assistência cada vez mais especializada, que, constantemente, pode comprometer seu desempenho em sua função no trabalho.

> (...) eu gostaria de acolher mais, abraçar mais o usuário..., mas não sobra tempo (enfermeira Eliane).

> (...) muitas vezes eu estou sozinha, a demanda de pacientes é grande e eu preciso fazer trabalhos que nem é meu (enfermeira Isamar).

Pode-se citar que seria essencial o acompanhamento psicológico destinado aos enfermeiros da UBS, pela vulnerabilidade ao sofrimento emocional e à exaustão mental. No entanto, muitos profissionais não conferem a necessária importância aos cuidados de sua saúde psíquica, causando sérios prejuízos nos serviços prestados ao paciente em curto prazo, causando, assim, um desgaste emocional que impacta significativamente sua saúde mental (Martins *et al.*, 2018; Xiang *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020).

Em síntese, faz-se necessário estar vigilante sobre fatores de risco para o sofrimento emocional nos enfermeiros, tais como a baixa autoestima, o diagnóstico prévio de transtorno mental, pouco suporte social e indevidas condições de trabalho, além do pouco poder aquisitivo. Desse modo, o conjunto destes fatores influenciam, consideravelmente, no grau de vulnerabilidade psicossocial do profissional da enfermagem (Pereira *et al.*, 2020).

> (...) fiz algumas... eu fui aprendendo. Fui fazendo terapia. E que, hoje, já, agora, na pandemia, talvez eu não tivesse sofrido tanto. Se não tivesse feito, eu teria sofrido mais (enfermeira Isamar).

> (...) nunca, nenhum gestor meu indicou terapia... então, não faço, mas acho importante. Acabo fazendo minhas artimanhas para driblar o estresse. Faço artesanato, faço academia. Agora, estou procurando um curso para fazer (enfermeira Vanda).

> (...) fui para o psiquiatra por conta de um quadro mais grave. Então, eu fui buscar o equilíbrio com esse profissional. Eu fiquei com a saúde mental abalada na pandemia. eu já estava esgotada porque a empresa pública. A empresa. O sistema! (enfermeira Telma).

Nesse contexto, indicam-se estratégias de autocuidado, gerenciamento de sinais e sintomas, suporte emocional e estratégias de resiliência. Por outro lado, destaca-se que essas estratégias não devem ser mais uma responsabilidade dos profissionais que estão à frente dos cuidados, e sim uma resposta organizacional que ofereça suporte emocional aos trabalhadores para que se possa prevenir e evitar sofrimentos (Ramos-Toescher *et al.*, 2021).

Faz-se necessário desenvolver estratégias que considerem todos esses fatores, especialmente, a carga de trabalho por longas horas, ausência de descanso e aconselhamento psicológico, com o intuito de evitar o desgaste emocional dos trabalhadores, além de acolher os sentimentos e gerar um clima de segurança e estabilidade apesar da situação de crise (Barbosa; Gomes, Souza; Gomes, 2022).

> Eu ainda não busquei por uma terapia, mas acho que terapia deveria ser para todo mundo. Para os profissionais de saúde, então! Merecia uma terapia (enfermeira Renata).

> A gente começa a endoidar e tomar remédio. [risos] você entendeu? (enfermeira Nátaly).

> (...) nós, enquanto profissionais, não percebemos essa temática do luto em nós mesmos. Nem sabia que era necessário cuidar disso (enfermeira Eliane).

Medidas importantes de cuidados, segundo Rocha, Barros, Oliveira e Almeida-Junior (2023), com os trabalhadores da enfermagem frente à covid-19, tais como a adoção de instrumentos de rastreios, especificamente, sobre os impactos da morte e do luto na saúde mental, não foram citados na maioria dos estudos sobre o enfrentamento à covid-19 pelo profissional da enfermagem.

A presença de poucos artigos sobre o tema, segundo os autores (Rocha; Barros; Oliveira; Almeida-Junior, 2023), demonstra a lacuna existente no que concerne à vivência de luto pelos profissionais de enfermagem, o que, por um lado, explica-se pela contemporaneidade do tema e, por outro lado, pela compreensão ainda cercada de tabus sobre a necessidade de falar de morte, luto e saúde mental de enfermeiros e, também, dos técnicos de enfermagem.

> (...) que nem, aqui na UBS chegou num ponto que eu não queria mais saber se os usuários estavam morrendo. Eu estava sempre chorando. De ver um chorando eu já queira chorar; desencadeava também. Eu não sei como lidar com essa questão do luto, ali, presencial. Mesmo no pós-luto da pandemia, eu não vejo a gente com tanta atuação, com tanta firmeza nessa temática... acho que é até porque é aquilo que a gente falou no início: mesmo na família a gente não foi preparado; você vai pra questão profissional, você também não é preparado. E, aí, você está lá atuando e você vai tentando casar o que vai ser mudado. Então, eu acho que não tem esse preparo. Falta (enfermeira Eliane).

Ante o exposto, cabe salientar que os profissionais de enfermagem estão tendenciados a enfrentar situações de estresse e a exercer tomadas rápidas de

decisão. Contudo, o cenário que a covid-19 trouxe é novo, do ponto de vista de diversos fatores, levando à urgência de uma resposta técnica, bem como psicoemocional, tornando, na contemporaneidade, alvo de estudos/pesquisas e profissionais da saúde mental (psicológicos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) (Pereira *et al.*, 2021).

Verificou-se que, durante a pandemia de covid-19, os enfermeiros da referida UBS foram expostos a altas cargas de trabalho, gerando exaustão física e mental e frustação, ocasionando sentimentos de impotência e insegurança profissional, e abrindo espaço para o surgimento do sofrimento emocional.

> (...) retomar as lembranças da época da covid me faz ter crises de choro. Mexeu muito com a minha saúde mental. Não era somente “só mais um número” (enfermeira Renata).

> A gente tentou abraçar o mundo, ali. A gente abraçou o mundo e não conseguimos... infelizmente morreu muita gente. Era uma demanda enorme de serviço que a UBS não estava preparada e nem treinada para isso... era um tal de: “você conseguiu fazer aquilo pra mim?” “ah, seu fulano, eu não consegui ainda porque estou com 3 coisas na frente. Mas calma aí, que eu vou conseguir.” E no final das contas não dava tempo para fazer tudo... foi frustrante em muitos aspectos (enfermeira Nátaly).

Faz-se importante que os profissionais da enfermagem reconheçam ou tenham reconhecidos por seus gestores possíveis sintomas de sofrimento emocional relacionado ao desgaste do trabalho no âmbito da saúde básica, visto que, quando esses sinais são negligenciados a longo prazo, evoluem de sintomas leves de desgaste emocional para quadros mais grave de transtornos mentais.

Ante o exposto, essa temática focou nas experiências de luto pela covid-19 dos profissionais de enfermagem da referida UBS, oferecendo um olhar para o impacto emocional da perda de usuários/pacientes e colegas durante a pandemia. Compreender essas experiências contribui para uma visão ampla do processo de luto entre os profissionais de saúde, pois, durante a pandemia, os enfermeiros enfrentaram a morte e o luto de maneira contínua e intensa. Compreender e analisar essas experiências faz-se fundamental para entender como o luto é vivido no contexto da UBS e propor intervenções que possam auxiliar esses profissionais para um melhor crescimento profissional e atendimento ao usuário em seus processos de luto.

6.3 Análise do grupo de médicos da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro

A partir das questões referidas a eles, os médicos puderam contar a respeito de suas aproximações com a temática sobre morte e luto, bem como foi sua atuação profissional frente à doença na referida UBS. A pesquisadora permitiu que os participantes seguissem seus discursos da maneira que se sentissem mais à vontade, interrompendo quando havia a necessidade de esclarecer alguma questão ou quando se percebia a importância de aprofundar um assunto relevante apontado pelo participante.

Quando se realizava alguma pergunta pela pesquisadora, este questionamento seguia, preferencialmente, a sequência do discurso do participante, com o objetivo de esclarecer alguma fala ou provocar o aprofundamento de alguma reflexão ou questão apresentada pelo participante. A escuta ativa da pesquisadora pareceu ser suficiente, pois permitiu a abertura dos participantes na apresentação de suas histórias livremente, bem como foram acolhidos em suas emoções, quando necessário, pela pesquisadora.

a) Contato inicial

O convite foi feito pela pesquisadora pessoalmente e prontamente aceito pelos 3 (três) profissionais médicos com idades de 34, 35 e 70 anos, e do sexo masculino. Esse número de participantes pode ser utilizado, de acordo com pesquisa sobre número de estudos de caso realizada na base de dados da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Mazorra, 2009; Cardinalli, 2011; Colossi & Falcke, 2013; Martins, Frizzo & Diehl, 2014; Jager & Dias, 2015; Hispagnol, 2017).

Devido às agendas ocupadas, os profissionais preferiram que as entrevistas fossem conduzidas em seu local de trabalho, sendo realizada em seus respectivos consultórios dentro da UBS; o local oferecia privacidade e foi considerado adequado para a condução da pesquisa.

b) Histórico dos casos

Em março de 2020, as UBSs receberam recomendações municipais (Secretaria Municipal de Saúde, 2020a) para a suspenção dos agendamentos das consultas de rotina, os grupos educativos e os encaminhamentos para especialidades e cirurgias eletivas. Não houve, segundo os participantes, nenhum tipo de alinhamento ou explicações para os trabalhadores e paciente/usuário.

> Numa sexta estava tudo funcionando, na segunda seguinte quando os usuários começaram a chegar não havia mais atendimento para todos... Todo dia era um protocolo diferente, com sintomas diferentes e formas distintas de organização do fluxo [...] tudo mudava muito rápido (médico Paulo).

O fluxo da referida UBS foi reorganizado para atendimento dos usuários com sintomas respiratórios, suspeitos de infecção por covid-19. O número dessa modalidade de atendimento aumentou exponencialmente, demandando a remoção de pacientes, tamanha a gravidade dos casos. “Até que chegou uma fase, entre maio, julho de 2020, que passamos a atender, por semana, 30, 40, 50 casos suspeitos de covid, e logo passamos a acionar a remoção três, quatro, cinco vezes por dia” (médico Fernando).

Com pouco preparo para uma realidade desconhecida, os profissionais médicos tiveram que enfrentá-la como podiam, às vezes sem terem sequer Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado e em quantidade suficiente, além da falta de treinamento apropriado: “(...) a gente teve, muitas vezes, que comprar máscaras com nosso próprio dinheiro, ou reutilizar a máscara por vários dias, sendo que deveria ser uma máscara que era para usar” (médico Fernando); “(...) e a gente atendia diariamente aqui na UBS, chegava a dez, quinze pacientes com covid diagnosticados diariamente, às vezes tinha bem mais... aliás, pensando bem... cada médico aqui atendeu centenas de covid. Eu tinha medo de levar o vírus para casa, pela falta de proteção no enfrentamento inicial da doença” (médico Paulo).

Muitos médicos, durante o período pandêmico, foram contaminados e morreram. Os que sobreviveram tiveram que lidar com o medo de contrair a doença, de contaminar sua família, pois foram particularmente vulneráveis, dado o risco de exposição ao vírus (Fonseca; Sandim, 2022): “Olha, eu perdi muitos amigos médicos, mesmo... colegas médicos... foi muito triste” (médico Paulo); “(...) a minha

maior preocupação era não trazer covid para casa. E eu mesmo não me preocupava tanto comigo” (médico Alexandre).

A pandemia acirrou problemas já existentes para os trabalhadores da saúde, como precarização do trabalho, falta de reconhecimento profissional, assédio moral, problemas de saúde mental, além das represálias que os profissionais sofreram pelas falhas do sistema de saúde público, tornando-se bode expiatório das queixas de pacientes e seus familiares (Cardoso *et al.*, 2020).

A combinação desses desafios, de forma integrada e multifatorial, somada ao medo e às perdas, reais e simbólicas, vivenciadas por cada um desses profissionais de saúde, acabou por torná-los particularmente vulneráveis ao sofrimento psicológico durante a pandemia, provocando ou agravando quadros de adoecimento mental. Segundo Pallottino *et al.* (2022), a covid-19 acarretou ou agravou quadros de ansiedade, estresse agudo, depressão, *burnout*, estresse pós-traumático e abuso de álcool e substâncias psicotrópicas nos profissionais de saúde, principalmente os médicos. Esses diferentes níveis de tensão geraram sentimentos de solidão e impotência, estresse, irritabilidade, fadiga física e mental, além do medo.

> (...) eu tive, sim, uma questão de medo... tentei me proteger conforme as diretrizes que eram passadas, mas logo no início, aquela questão de “ah, é uma gripe” eu sabia que não era uma simples gripe. Então, foi essa questão, a gente foi descobrindo aos poucos a gravidade. Esses protocolos foram um desafio muito grande para nós, os profissionais... estávamos totalmente inseguros e desprotegidos (médico Fernado).

> Teve um desgaste emocional grande, porque tinha uma parte de mortalidade que não estava acostumado a lidar. Eram usuários jovens, privados de uma presença familiar, e isso incomodava muito (médico Paulo).

A crise sanitária do novo coronavírus evidenciou a fragilidade do sistema público de saúde e destacou a importância crítica do trabalho em equipe e da colaboração entre diferentes profissionais de saúde. Enfrentar os desafios impostos pela doença exigiu uma coordenação sem precedentes entre médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, epidemiologistas e outros especialistas para gerenciar a crise de forma eficaz.

> (...) então, a gente super se organizou... porque muitos usuários sintomáticos respiratórios eram direcionados para as UBSs, para que a UBS

> filtrasse os casos que fossem graves, e esses casos graves deveriam ser removidos para prontos-socorros ou hospital de campanha. Então, a gente recebeu muito, muitos usuários, aqui, de covid... então, a equipe médica, a equipe de enfermagem, os técnicos de enfermagem e até o pessoal da limpeza precisava estar alinhados (médico Fernando).

Essa colaboração foi essencial tanto na contenção da disseminação do vírus quanto no tratamento dos usuários/pacientes afetados. Nesse sentido, o trabalho interprofissional emergiu como um pilar fundamental no combate à covid-19, exemplificando a necessidade de um esforço conjunto para a tomada de decisões e a implementação de medidas de saúde pública (Xavier *et al.*, 2024).

A integração e a cooperação entre diferentes áreas da saúde permitiram não apenas a gestão eficiente dos recursos, mas também a rápida adaptação às mudanças de cenário da pandemia, crucial para mitigar os impactos da doença nos usuários. A dinâmica de trabalho em equipe também foi enfatizada pelos participantes, a importância de compartilhar conhecimentos e práticas baseadas em evidências científicas para otimizar os resultados clínicos e de saúde pública. Esta abordagem interprofissional, segundo Xavier *et al.* (2024), demonstrou ser vital na melhoria das respostas a emergências de saúde e na construção de sistemas de saúde pública mais resilientes para o futuro.

Durante a pandemia, as equipes de saúde da UBS tiveram que adaptar suas práticas rapidamente, reorganizar processos de trabalho e implementar novas estratégias para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento aos usuários/pacientes.

> (...) foi bem difícil, para mim, os aspectos técnicos, também, do nosso dia a dia durante a pandemia. porque aqui na UBS a gente foi linha de frente, então, a gente precisava cuidar dos usuários e nos cuidar, também, como equipe... para não ser vetor para aqueles que estavam vindo e para nós mesmos... complexo, né? Mas foi isso... trabalhamos em salas apertadas, sem nos tocar, e contávamos somente com a gente (médico Alexandre).

A covid-19 não apenas sobrecarregou os sistemas de saúde, mas também exacerbou desigualdades socioeconômicas, afetando de maneira desproporcional comunidades marginalizadas e exacerbando problemas de saúde mental e dependência. Além disso, a pandemia gerou um aumento alarmante de infecções nosocomiais e a emergência de patógenos multirresistentes, complicando ainda mais o manejo da saúde pública nas UBSs.

A condição denominada como “covid longa” também se tornou um desafio significativo, com sintomas persistentes, tais como como fadiga, dispneia e distúrbios do sono, e afetou usuários por um período prolongado (Xavier *et al.*, 2024). Essas complexidades, segundo os participantes, destacaram a necessidade de uma resposta coordenada e integrada dos serviços básicos de saúde, que tiveram que focar na colaboração interprofissional e fortalecer as capacidades de resposta emergencial.

> A doença covid continua, na verdade. É como se fosse um estado gripal. Ela continua. A gente faz pouco testes, mas faz. E vejo que poderá, por causa da covid, com certeza vai vir mais outras doenças assim, também. Com certeza (médico Paulo).

> Hoje mesmo aconteceu, duas pessoas aqui na UBS que, se for buscar o prontuário, apresentam questões de doenças que não sei se foi por ter tido covid ou não... agora, pós-novo vírus, precisamos ficar mais atento a que tipo de sintoma o usuário que teve covid está se referindo (médico Alexandre).

Faz-se necessário, portanto, que os profissionais possam contar com recursos materiais e estruturais para que consigam atender as demandas do usuário/paciente e prestar um cuidado minimamente integral.

> Nós precisamos de infraestrutura, nós precisamos de materiais, de equipamentos que estão em falta em estados obsoletos, entendeu? gastos, né? Balança enferrujada que muitas vezes a gente procura a gente mesmo consertar pra poder trabalhar, né? Temos uma unidade cheia de infiltrações, com aparelhos quebrados (médico Fernando).

A partir disso, observou-se que as unidades básicas, ao não proporcionarem subsídios, durante a crise sanitária em questão, tanto materiais como um espaço acolhedor que propiciasse a troca de informações, capacitações, não tornou possível a discussão de condições que favorecessem o desenvolvimento de boas relações interpessoais, como também a valorização do trabalhador. Para a melhoria do processo de trabalho de modo geral, um dos fatores mais citados pelos profissionais diz respeito à infraestrutura das unidades. É notória a precariedade da estrutura física e instalações das UBSs, traduzindo a ineficácia da gestão em ofertar condições mínimas de trabalho para os médicos, o que se acentuou de maneira notória durante a crise sanitária. É sabido, segundo Barros (2021), que não se pode apenas focar a atenção no desenvolvimento das atividades assistenciais, mas

também almejar a qualidade do atendimento no serviço de saúde em todos os aspectos.

O fato de prestar assistência em situações inéditas de saúde coletiva como a da pandemia de covid-19, e a respeito de uma doença ainda não completamente explicada, levou, no início, a muitas práticas de saúde não baseadas em evidências. O desconhecimento da doença e a falta de protocolos aumentaram as situações de estresse do profissional médico, implicando muitas vezes ansiedade e insegurança. Para suprir essa necessidade, Barros (2021) apontou que os profissionais ainda precisaram se colocar, praticamente sozinhos, em atualização constante sobre novas informações científicas.

> Foi algo que a gente não conhecia, que não sabíamos da dimensão. Então como abordar, como tratar, como cuidar, a gente perdeu um pouco nisso (médico Fernando).

> "Te vira". Tipo "leia o protocolo da OMS". Volta e meia a gente recebia os protocolos pelo WhatsApp. O resto era o que estava pregado na parede da UBS. É, tipo "está pregado na parede; entra aí e se vira" (médico Paulo).

O despreparo do sistema de saúde em face da nova situação acabou gerando um colapso global. Na maioria dos países, iniciou-se uma discussão acerca de como proteger de maneira eficaz os profissionais de saúde, especialmente os que atuavam na linha de frente do combate à pandemia e estavam diretamente expostos a riscos biológicos. As mudanças ocasionadas pela pandemia, especialmente o distanciamento social, afetaram a saúde e a rotina dos profissionais que atuaram no combate ao coronavírus, levando tanto eles como a população em geral a sentimentos de desamparo, abandono e insegurança.

O contexto de crise sanitária exigiu mudanças significativas e frequentes nos hábitos de vida e nas rotinas dos profissionais, nos protocolos e fluxos institucionais (Cardoso *et al.*, 2020).

> O sistema do ministério travava e eu não conseguia fazer notificação. Tinha dias que uma, duas horas da manhã, eu estava inserindo dados em planilha, para não deixar passar (médico Fernando).

> Quando iniciou, teve uma alteração gigantesca. A questão de protocolos, desde o uso de EPIs. A rotina mudou completamente, até de almoço, de como chegava na UBS. Quando chegou a pandemia, tinha que chegar, ir para o vestiário e já colocar lá a roupinha verde, isso quando tinha para todos. Máscara tinha que ser sempre N95, face shield e isso era um

> dificultador grande para os atendimentos, era difícil a comunicação com o paciente (médico Alexandre).

Se antes da crise sanitária era difícil, com o advento da pandemia ficou impossível “não levar trabalho para casa” (médico Fernado). Além de precisarem implantar em casa normas tão rígidas de biossegurança quanto no ambiente hospitalar, os participantes não conseguiram se desvencilhar do sofrimento que vivenciavam no cotidiano de trabalho ao chegarem em casa. O aumento da demanda, a escassez de material, o adoecimento e morte dos usuários/pacientes acabaram sobrecarregando-os.

> Foi uma rotina emocional também. Tivemos contato com a morte, a tristeza, isolamento, a solidão do familiar e do paciente. Foi bastante impactante. Assim... usuários que eu acompanhava. Eu comecei a trabalhar aqui em 2015. E, aqui, a gente está falando de 2020, 2021, 2022. Então, eu estou falando de usuários que eu já seguia há mais ou menos cinco anos, aproximadamente. Então, foi muito difícil. Eu parei de contar acho que nos 30, 40 usuários que eu perdi. E eram pacientes que eu via muito, porque eram pacientes crônicos, com comorbidades, pacientes que eram grupo de risco para Covid. Me impactou bastante (médico Fernando).

Esse contexto acabou por afetar a saúde mental dos profissionais: “(...) aconteceu de eu estar saindo de casa para vir trabalhar, e me deu aquela crise de ansiedade, de pânico, ter que parar o carro no acostamento e ligar para a minha família” (médico Alexandre).

Além do sofrimento psíquico vivenciado devido à rotina de medo, dor, sofrimento e morte potencializados pela pandemia, os profissionais de saúde ainda passaram a ser vistos como contaminantes em potencial. Conforme pontuam Andrade e Dias Filho (2009), a prática profissional em saúde baseia-se em um *corpus* teórico e técnico, e contém o drama do lidar com o sofrimento humano, com a emergência do medo, do confronto com a doença e com a morte.

Durante a pandemia de covid-19 isso foi pior, pois era uma doença da qual pouco se sabia e para qual não havia tratamento específico. Esse contexto de imprevisibilidade colocou os profissionais da saúde em risco dentro e fora do ambiente da UBS. No primeiro ano, segundo os participantes, foram hostilizados, estigmatizados e segregados, levando-os a se afastarem da família e terem medo de circular em locais públicos, tendo de esconder sua identidade profissional para se resguardarem de algum tipo de violência.

> Até meus vizinhos, que sabem que sou da área da saúde, me isolaram. Me senti um leproso contaminando as pessoas; todo mundo se afastava. No transporte público, fui xingado, hostilizado. Quando tinha que sair de casa, não podia mostrar nada que relacionasse à área da saúde, que era hostilizado pela população, de jogarem laranja podre. Até motorista de transporte público se recusava a transportar a gente (médico Fernando).

> (...) de heróis a vilão de um minuto para o outro (médico Paulo).

O estigma refere-se às marcas — atributos sociais que um indivíduo, grupo ou povo carrega e cujo valor pode ser negativo ou pejorativo. Goffman (1993, p. 11) faz referência ao uso da palavra “estigma” pelos gregos, definida como “marcas corporais, sobre as quais se intentava exibir algo mal e pouco habitual no status moral de quem as apresentava”. Era uma advertência, um sinal para se evitar contatos sociais com a pessoa estigmatizada. Assim, a palavra *estigma* representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada por uma ação social.

Para Goffman (1993), a sociedade estabelece um modelo de categorias e cataloga as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais. Estigmas frequentemente levam à marginalização e exclusão. O estigmatizado fica à margem e passa a dar respostas que a sociedade determina. Assim, não se pode analisar os determinantes sociais da saúde, como no caso da covid-19, sem levar em conta tal fenômeno social segregador decorrente da pandemia.

O contexto pandêmico favoreceu ou agravou estigmas relacionados a profissionais de saúde, levando ao preconceito e à segregação, devido ao medo da aproximação e interação com eles. O estigma ocorre, segundo Xavier *et al.* (2024), quando os indivíduos associam um risco a uma pessoa, local ou coisa específica, mesmo que não haja evidências de que o risco seja maior nesse grupo do que na população em geral.

A estigmatização é comum em surtos de doenças, tal como aconteceu nos anos 1980 com a pandemia da doença aids. O estigma foi reconhecido como o maior empecilho aos avanços das ações e políticas que buscavam garantir os direitos dos soropositivos a dignidade e a cidadania. Para se compreender as conexões entre condições de saúde, estigma e as diversas formas de discriminação, faz-se necessário ir além da descrição das experiências individuais e levar em conta os marcadores sociais da diferença que historicamente produzem desigualdades,

como classe social, gênero, cor/raça/etnia, diversidade sexual, entre outros (Barros; Tavares; Costa e Silva, 2014).

O estigma afeta a saúde emocional ou mental dos grupos estigmatizados e das comunidades em que vivem, incluindo suas famílias. Segundo Peuker e Modesto (2020), coibir o estigma faz-se importante para tornar os membros da comunidade mais resilientes e menos vulneráveis. Os profissionais médicos se viram deslocados da figura de herói, disseminada no início da pandemia, para a de vilão involuntário, pois passaram a ser vistos como um "corpo infectado que pode se tornar agente do sofrimento e da morte de outros" (Fteropoulli *et al.*, 2021, p. 88). Como ressalta Delumeau (2009, p. 18), "em qualquer época, a exaltação do heroísmo é enganadora: discurso apologético, deixa na sombra um vasto campo da realidade".

> Uma colega pegou covid de mim. Fui considerada uma covid ambulante e ela falou que poderia ter morrido. Foram várias agressões, como se eu quisesse ter contaminado outra pessoa. Ela me responsabilizou pela saúde dela, e isso me derrubou. Não conhecia a doença, não sabia que estava com a doença (médico Alexandre).

> Teve colega que foi cortar o cabelo e falaram "não, profissional de saúde aqui não pode entrar (médico Paulo).

O estigma relacionado à doença atingiu pacientes e profissionais de saúde que frequentavam espaços direcionados ao tratamento dos casos de covid-19, interferindo nas relações sociais dessas pessoas, assim como na sua saúde psicológica (Xavier *et al.*, 2024). O fato de serem segregados por pessoas que deveriam oferecer afeto, acolhimento e suporte social num momento tão difícil causou sofrimento e desalento a esses profissionais:

> Na época, quando a pandemia começou, eu estava namorando. Minha namorada falou "é melhor a gente não se ver". Falei "tá, por quanto tempo?" Ela "ah, enquanto estiver resolvendo esse negócio da pandemia". Eu falei "olha, acho que isso não vai mudar tão cedo; então a gente não vai se ver? Como é que vai ser?" Foi isso. Meu filho também. Na hora que eu chegava em casa, ele falava "você podia tirar a roupa na varanda?" Eu falei "claro, vou ficar nu para todos os vizinhos e o bairro inteiro passando de ônibus me ver pelado; tem muito cabimento isso, né?" Ele pegava um pano com álcool e limpava a maçaneta, passava um pano atrás de mim e eu falava "que loucura é essa?" E ele falava "você devia dar um jeito de ficar em outro lugar". Eu falei "eu moro aqui. Para de loucura!" No começo ninguém me queria por perto mesmo, e eu entendia (médico Fernando).

A estigmatização e falta de suporte social de familiares, amigos e parceiros amorosos, com as quais se tem um vínculo afetivo, num momento de tamanha fragilidade dos profissionais médicos, potencializou o sofrimento das situações vividas no ambiente da UBS.

c) Análise geral dos temas e discussão

O medo e seus impactos emocionais nos médicos da UBS durante a pandemia da covid-19

A pandemia do coronavírus atravessou todo o tecido social, não poupando praticamente nenhuma área da vida coletiva ou individual e não fazendo distinções em seu acometimento, o que gerou repercussões até na esfera da saúde mental. Pesquisas prévias (Stevanim, 2020) indicaram que pessoas submetidas ao isolamento social desenvolveram diversos sintomas psicológicos, sobretudo relacionados ao estresse, ansiedade e depressão, decorrentes da privação social e do confinamento naquele período (Rodríguez; Sánchez, 2020).

Foi preciso ter em mente que cada indivíduo vivenciou a ameaça trazida pela pandemia de acordo com seus próprios contextos pessoais. Contudo, o medo da contaminação não se restringiu apenas ao adoecimento. Com as mudanças impostas pelo isolamento social, a sociedade passou a utilizar as redes sociais e os meios de comunicação com mais frequência e intensidade, fator que contribuiu para o aumento na propagação de informações precipitadas ou falsas, agravando as alterações psicológicas mencionadas. Em outras palavras, embora muito se falasse sobre o coronavírus, a verdade era que pouco se sabia, de fato, a seu respeito (Stevanim, 2020).

Por outro lado, quando essas questões foram analisadas sob a perspectiva dos profissionais médicos que trabalharam na linha de frente no combate à COVID-19, as considerações se tornaram ainda mais delicadas. Isso ocorreu porque eles lidavam com a morte em tempo integral. Além disso, enfrentavam alto risco de contrair a doença devido à exposição a pacientes infectados, à disponibilidade limitada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), à falta de treinamento adequado para lidar com surtos de doenças altamente infecciosas, à autocobrança, à exaustão física e mental e à pressão psicológica

constante a que estavam submetidos: “(...) foi difícil... por vários aspectos. Talvez o maior ou o mais importante para mim foi a distância familiar, mas os aspectos técnicos, também, do nosso dia a dia” (médico Fernando).

No estudo realizado por Khanal *et al.* (2020) foram avaliados profissionais de estabelecimentos de saúde, públicos e privados, que atuavam em resposta à covid-19. Esse estudo encontrou maior risco de desenvolvimento de sintomas de transtornos mentais em profissionais que enfrentam o estigma devido à covid-19, que tinham histórico de uso de medicamentos psicotrópicos e que relataram trabalhar em condições inadequadas.

Os autores Htay *et al.* (2020) avaliaram 370 médicos da linha de frente encontraram resultados semelhantes no que diz respeito aos recursos inadequados no local de trabalho, sendo esse o principal fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e/ou depressão. Tais correlações também estão descritas no trabalho realizado por Shah *et al.* (2021), no qual a distribuição inadequada de recursos e a necessidade de treinamentos e capacitações, pela equipe de saúde associaram-se a ansiedade, depressão, estresse e insônia.

> Cheguei num ponto de chorar por exaustão... tanto de horas trabalhando quanto de desespero da situação. Vontade de largar tudo e ir embora (médico Alexandre).

> (...) sofri... não conseguia dormir... comecei a tomar Zolpiden para dormir! Fiquei mal por tudo, pelo ambiente insalubre de trabalho, por perder as pessoas que eu gostava muito. Pessoas que eu conhecia há muitos anos. Pessoas cujas famílias eu conheço e, até hoje, atendo (médico Paulo).

> Medo de perder... medo de perder tudo... inclusive a minha sanidade como médico! (médico Fernando).

Para Ribeiro (2016), o medo é fundamental para a sobrevivência, sendo uma reação natural a uma situação de perigo (real ou imaginário). O medo é ambíguo e inerente à nossa natureza, segundo Delumeau (2009, p. 34); é uma defesa essencial, uma garantia contra os perigos, um reflexo indispensável que permite ao organismo escapar provisoriamente à morte. No entanto, o referido autor (2009, p. 34) faz uma ressalva: “Medos repetidos podem criar uma inadaptação severa em um sujeito e conduzi-lo a um estado de inquietação profunda gerador de crises de angústia”.

O medo trata, portanto, de uma vulnerabilidade percebida de uma ameaça ou perigo, ou seja, o medo, quando não é patológico, motiva a defesa, facilita a aprendizagem de respostas adaptativas e adverte a pessoa de suas vulnerabilidades (Bana, 2020). Porém, a pandemia impactou a sociedade como um todo, expondo suas vulnerabilidades, exigindo uma adaptação a um novo contexto de crise sanitária, tanto individualmente quanto coletivamente, levando a inseguranças e medos diversos, num nível profundo, especialmente por parte dos profissionais médicos que estavam lidando diretamente com as demandas da pandemia. “Tive medo de que as situações práticas não pudessem ser retomadas” (médico Paulo); “Parecia que a gente tinha morrido e estava no inferno” (médico Alexandre); “Estava todo mundo com muito medo. No começo a gente tinha medo de respirar perto dos usuários” (médico Fernando).

O relato da vivência e percepção dos participantes reflete o ocorrido em outras pandemias: “Os homens temem até o ar que respiram. Têm medo dos defuntos, dos vivos e de si mesmos. Essa solidão inusitada aumenta o medo e o desespero” (Delumeau, 2009, p. 176).

No primeiro ano, principalmente, por ser uma doença ainda desconhecida, com alto índice de transmissão e mortes, para a qual ainda não havia tratamento comprovado ou vacinação, gerou-se nos profissionais médicos o medo de não conseguir cuidar das demandas dentro da UBS. “No começo tinha muito medo de tudo, os sintomas não estavam muito claros, ‘estou sentindo um cansaço, falta de ar’; mas quanto? Falta de ar, e aí, consegue respirar, consegue tomar banho sozinho, consegue caminhar? Não? Está muito ruim? Chama o SAMU?” (médico Paulo).

As transformações impostas pela pandemia provocaram mudança de rotina, afetando as condições de trabalho dos médicos, aumentando, assim, o risco de transmissão e repercutindo na sua saúde mental (Farias; Guimarães; Alvarez, 2023).

> Fiquei sem dormir uma semana, porque tinha medo de sonhar com paciente morrendo; não conseguia colocar o lixo para fora, porque o saco de lixo lembrava o saco que estavam empacotando os corpos. O lixo estava acumulando em casa. Quando cochilava, sonhava com morte de paciente, porque vivia a morte o dia inteiro. Saía da UBS e chorava muito, até sem saber por que (médico Alexandre).

O medo dos profissionais médicos durante a pandemia foi potencializado pela falta de estrutura e de materiais adequados, especialmente os EPIs. A falta ou inadequação de EPIs aumentava o medo dos profissionais de saúde, pois eles se expunham cotidianamente a risco de contaminação na UBS e não estavam adequadamente protegidos, aumentando o risco de contraírem covid-19 e contaminarem seus familiares; e um dos maiores medos apontados pelos profissionais era de se contaminarem com o vírus.

> Não tinha máscara adequada para usar, o capote era extremamente permeável, e a gente não tinha certeza se era só contato aéreo mesmo, não tinha os filtros adequados para colocar. Essa insegurança fez com que a gente buscasse a alternativa de comprar, e em alguns momentos, não teve nem como comprar, porque não tinha disponível. Logo no começo não tinha nem teste disponível (médico Fernado).

> O medo existia e ainda existe, porque quanto mais tranquila essa pandemia pareceu, mais displicente a gente fica, e eu tinha muito medo de me contaminar (médico Paulo).

> Tinha medo de ir ao mercado comprar comida. Não saia de casa para trabalhar sabendo que daria um plantão, em segurança, porque sabia que na hora que eu menos esperava, falta alguma coisa. Era um medo que eu carregava comigo constantemente, medo que eu não tinha até 2019. Há 28 anos na área da saúde eu nunca passei tanto sufoco como com a Covid. Fomos pegos de surpresa e sem apoio nenhum (médico Alexandre).

Os profissionais de saúde externalizavam muita culpa em seus discursos, inclusive questionando sua dificuldade de proteger a família, mesmo sendo profissional de saúde:

> Pensava assim, “posso estar com alguma coisa e não saber, não apresentar sintomas e acabo levando algo para alguém, e eu não quero carregar essa culpa” (médico Paulo).

> Antes foi o medo de não estar atuando. Depois, meu maior medo era de chegar em casa e poder prejudicar alguém da minha família (médico Alexandre).

> Minha esposa teve, minha filha teve. Foi um mês depois que voltei a trabalhar. A gente fica se culpando, quem que transmitiu, isso aí não tem como, né? Fiquei chateado, triste mesmo. “Poxa vida, não consegui cuidar da minha família.” Uma frustração! (médico Fernando).

Conforme evidencia a fala dos entrevistados, outro medo recorrente aludido ao longo da pesquisa, que se entrelaça com os medos já citados, era o risco de perder a subsistência, de perder o emprego:

> O medo de perder o emprego, de como você pegou covid. Tinha um sentido de cobrança. “Ah, eu estou um pouquinho resfriado.” Mas como assim, um pouquinho resfriado? Em tempo de covid não existe esse “mas”, né? Tentava esconder para não ter que dizer que ia me afastar (médico Alexandre).

Isso fazia com que os trabalhadores da saúde trabalhassem contaminados ou com a suspeita de estrem doentes, fosse por covid ou não, e colocando em risco sua saúde e a saúde dos usuários/pacientes da UBS. “Por medo de perder, por medo de descontos, sim. De ficar quatro dias para depois falar a verdade, por causa dessa situação” (médico Paulo). “Perdemos o direito a ficar doente e apresentar atestado médico, porque se apresentássemos atestado, no nosso salário-base não era descontado, porque era ilegal, mas em todos os abonos era descontado. Quem era afastado, o salário caía para um terço do valor” (médico Fernando).

O medo de perder o emprego ou de ter descontos no salário foi potencializado pelas situações de assédio moral, que se agravaram e banalizaram-se durante a pandemia. Assédio moral é qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra dignidade ou integridade psíquica ou física de um indivíduo, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho (Mattos, 2004). “Fundamentada na sociologia crítica do trabalho e nas teorias clínicas do trabalho, o assédio moral pode acontecer de forma pessoalizada ou, ainda, a violência pode ser expressa por meios institucionalizados”, muito comum nas equipes de saúde (Ferreira-de-Sousa; Santana, 2016, p. 17). “Às vezes a pessoa era encarada, “ah, mas você está fazendo corpo mole, não está querendo atender”. Isso foi tanto no público quanto no privado. Tinha medo de falar que estava com suspeita por as pessoas acharem que não queria trabalhar” (médico Alexandre).

A coação e o assédio moral que se manifestavam na pressão explícita ou implícita para os médicos atuarem doentes geraram situações de presenteísmo, que é o fenômeno de se trabalhar doente, fora das capacidades físicas e psicológicas do indivíduo, em virtude da cultura organizacional (Szwarcwald; Machado, 2016). Essa

prática gera riscos para o trabalhador doente de ter um agravamento do quadro, mas também para os demais trabalhadores de saúde e usuários/pacientes, de terem contato com o profissional contaminado: “(...) aqui na UBS, além de não dar suporte psicológico à equipe, a gestão ainda cobrava mais resultados e trabalho em meio a uma crise sanitária agravada pela falta de insumos” (médico Fernando); “Todo mundo estava estressado com tudo, trabalhando feito loucos, o tempo inteiro, atendendo 30, 40 pessoas, e ainda tendo de atender a demanda das equipes” (médico Paulo).

Ao longo da pesquisa, foram vários os relatos de assédio moral e violência laboral. Os médicos participantes banalizaram essa prática, mesmo sofrendo com ela, que acarretou prejuízos à saúde psicológica, à autoestima, ocasionando, segundo Farias, Rocha e Pimenta (2024), dano psíquico, dificultando o desenvolvimento pessoal e profissional.

> (...) eu vi dois técnicos de enfermagem trabalharem contaminados, porque ficaram com medo de perder o emprego. Como é contrato, e teria que ficar afastado 15 dias, medo de ser substituído. Isso acabou levando eles a trabalharem doentes (médico Paulo).

Essa decisão de trabalhar doente na pandemia, que se fazia necessária para a sobrevivência, acabava expondo esses profissionais a mais riscos e sobrecarga de trabalho. Essa afirmativa é corroborada por autores que consideram que, na área da saúde pública, os profissionais vivem em condições precárias, com multiempregos e insegurança no ambiente profissional, afetando suas atividades laborais (Fagundes *et al.*, 2020).

A pandemia evidenciou o agravamento de uma crônica precarização do trabalho da saúde, que tem um histórico profissional marcado pela falta de respeito e cordialidade entre gestores, equipes e população atendida, discriminação e violência laboral, ambientes de trabalho inseguros e estressantes, déficit de infraestrutura para exercício do trabalho, baixos salários, elevados níveis de desgaste físico e mental, acidentes de trabalho e afastamentos. Os médicos, principalmente os que trabalham nas redes públicas, permanecem vistos como cuidadores a qualquer custo, comprometendo suas condições de saúde em favor da assistência à população (Giovanella; Franco; Almeida, 2020). É o que Machado *et al.* (2023, p. 23) chamou de “confisco da cidadania do trabalhador”: perda de direitos trabalhistas,

terceirizações, desemprego, perda de renda, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs, busca por transporte alternativo e alimentação.

Esse contexto, além de provocar alterações na vida cotidiana dos profissionais médicos, causou perturbação do sono, irritabilidade, choro, distúrbios gerais e incapacidade de relaxar/estresse (Machado *et al.*, 2023). “A segunda pandemia é a de saúde mental, que depois de toda a fase aguda, depois do pico, é que a pessoa cai em si, que vem a repercussão daquilo. Agora que os impactos que não apareceram lá no início, você parou para sentir” (médico Fernando).

Portanto, a fala dos participantes corrobora com o estudo de Santos, Oliveira e Albuquerque (2022), que afirma que os médicos, no período pandêmico, manifestaram sinais de doença física e emocional, evidenciando uma segunda pandemia sinalizada, de sentimentos negativos, estresse prolongado, sobrecarga de trabalho e fadiga. A persistência da pandemia por três anos gerou como resultado sobrecarga física e mental dos profissionais de saúde.

Ante o exposto, a temática “medo e seus impactos emocionais nos médicos da UBS durante a pandemia da covid-19” ajudou a identificar os principais fatores de risco para a saúde mental dos médicos durante a pandemia. O medo da infecção, a sobrecarga emocional e a falta de suporte dos gestores são exemplos de fatores que contribuíram para a vulnerabilidade emocional dos profissionais. Demonstrando, assim, a importância de desenvolver políticas públicas que abordassem não apenas a formação técnica, mas também o suporte emocional e psicológico dos profissionais, sendo crucial para a manutenção da saúde e bem-estar dos médicos.

Esses pontos mostraram como a temática faz-se fundamental para uma compreensão abrangente dos desafios enfrentados pelos médicos durante a pandemia e para a proposição de ações que melhorassem tanto o cuidado aos profissionais quanto a qualidade do serviço prestado à comunidade.

O impacto da morte e do luto na prática médica da Unidade Básica durante a pandemia de covid-19

A covid-19 era uma doença completamente nova, acerca da qual não havia estudos prévios que a explicassem nem remédios que a tratassem ou vacinas que a evitassem, acarretando um elevado medo na população em geral e muitas

incertezas para os profissionais de saúde, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto às condutas pertinentes no manejo clínico e na promoção de um tratamento eficaz (Barbosa *et al.*, 2021). Nesse cenário, os médicos passaram a viver tensões e angústias em menor ou em maior escala, embora nem todos os problemas psicológicos eclodidos nesse período sejam classificados como doenças, pois configuram-se reações normais advindas da exposição a uma situação anormal, observou-se um aumento na incidência de transtornos mentais nos profissionais médicos (Melo *et al.*, 2020), pois compunham um grupo mais vulnerável, tendo de enfrentar diversas mudanças e fortes impactos psicossociais ocasionados pela sobrecarga no trabalho e pela adaptação às novas exigências que modificavam suas rotinas.

Ainda que a morte fosse um dos possíveis desfechos para o novo coronavírus — frequentemente, os profissionais de saúde atuantes na linha de frente do cuidado a essa doença tiveram experiências de centenas delas —, a morte acabou por tomar uma proporção sem igual no início da pandemia, verificando, por essa razão, um aumento das preocupações referentes ao enfrentamento do processo de luto correlacionado (Cardoso *et al.*, 2021). Assim, evidenciou-se que gestores e profissionais de saúde não estavam preparados psicologicamente para lidar com esse luto; afinal, os profissionais da saúde passaram diariamente por situações de perdas no exercício profissional. “De repente eu parei de contar quantos usuários tinham morrido. Foi, de verdade, assim” (médico Fernando).

O luto instaura um processo psicológico geralmente longo e difícil de lidar, que não se resume à morte concreta, mas abrange, também, qualquer tipo de encerramento de ciclos vividos; e os profissionais entrevistados passaram diariamente, no período pandêmico, por situações de perdas no exercício profissional. “É. Infelizmente, teve essa situação que teve um óbito de uma questão clínica, que se agravou com a covid, de um paciente. Total sofrimento... Eu estava quase chorando” (médico Alexandre).

Ao enfrentarem processos de morte de seus pacientes, os profissionais sentem que seus esforços foram insuficientes e ineficazes. Por essa razão, o aumento de óbitos em decorrência da covid-19, dia após dia, no ápice da crise da pandemia, fez com que os profissionais de linha de frente do cuidado a doença em hospitais e nas UBSs lidassem abruptamente com o sentimento de impotência ante à vivência de incontáveis processos de luto (Farias; Guimarães, 2021).

Por conseguinte, o medo, como vimos na temática anterior, tornou-se um sentimento de expressividade constante na vida desses profissionais, e os eventos de morte acentuaram os sintomas relacionados a ansiedade (Cardoso *et al.*, 2021; Giovanella, Franco & Almeida, 2020), fazendo com que seus lutos passassem a ser experienciados de forma mais prolongada e com prejuízos mais explícitos em sua saúde física e mental (Carvalho *et al.*, 2021).

Adicionalmente, a necessidade de continuar o trabalho em um cenário de calamidade pública, como foi o contexto da referida UBS, enquanto processavam o luto, contribuiu para que os profissionais médicos reprimissem alguns sentimentos, no intento de evitar a demonstração de desespero aos pacientes e familiares (Cardoso *et al.*, 2021; Farias, Castro Santos & Alvarez, 2022).

> (...) um colega médico aqui na UBS, que não trabalha mais aqui, que “poxa, minha paciente faleceu de covid lá no hospital depois que saiu daqui, falando que, ah, começou a parar o rim, depois começou a parar os outros órgãos, ela morreu” e o colega virou as costas para os familiares que estavam aqui aguardando notícias ... virou as costas! (médico Paulo).

> (...) eu presenciei algumas mortes porque precisei ir em domicílio. Acredito que sempre é uma questão de acolher, mas não se deve mostrar o sofrimento... a família já está sofrendo muito (médico Fernando).

A pandemia também evidenciou entre os profissionais entrevistados as dificuldades e fragilidades do ser humano em lidar com a morte, especialmente no que se refere à aceitação.

> (...) o contato com a morte dessa paciente foi um choque para mim, “paciente está muito mal e não consegue nem levantar da cama” e, lá, fui fazer um atendimento domiciliar. Não sou muito de fazer, mas, a situação da pandemia pedia, fui fazer. Na hora em que fui avaliar o que estava acontecendo, na verdade ela não levantava da cama porque estava com falta de ar. Entendeu? Aí logo chamei o Samu... em três, quatro dias, faleceu. Como, né? Tão jovem, cheia de vida... como? (médico Paulo).

Essa fragilidade se deve às diferentes percepções sobre a morte e o morrer; afinal, enquanto uma parte dos profissionais enxergava a morte como um fenômeno natural, tendo o seu dever cumprido, outra parte encarava com culpa e acreditava que não teria feito o suficiente para salvar aquele paciente (Farias; Castro Santos; Alvarez, 2022).

> (...) foi muito difícil de equilibrar a família, revoltada com a perda do paciente, do próprio familiar. E eu, ao mesmo tempo, querendo entender o processo de sofrimento deles, o meu processo de sofrimento e culpa por perder um paciente que não era para ter falecido naquele momento. Eu diria que, praticamente, todos eram para estar vivos até hoje. Então, eu sofri, eu lamentei, eu continuo lamentando, né? Um misto de culpa, de hora errada para morrer... será que podíamos ter feito mais? (médico Fernando).

Parkes (1998a) levanta as diversas possibilidades de consequências negativas que o luto pode ocasionar na saúde mental do profissional de saúde, como sintomas depressivos, tendo variações na maneira como se manifestam, comumente causando prejuízos à sua funcionalidade social e laboral, na qual a intensidade vai depender das vulnerabilidades individuais. Uma revisão sobre o assunto foi publicada por Stroebe, Schut e Stroebe (2007), e os resultados apontaram que o luto constitui um problema de saúde pública, dados os múltiplos desfechos negativos na saúde mental desses profissionais, estando associados à experiência do luto. Neste estudo, conclui-se que os profissionais médicos enlutados parecem estar mais propensos a essa importante questão em comparação, com a população em geral.

Segundo Paim e Vieira-da-Silva (2006), associar o profissional médico a um indivíduo dotado de conhecimentos técnicos, com todo seu arcabouço adquirido ao longo de suas vivências, não o desabilita como pessoa que sente, ama e sofre, pois são sentimentos oriundos de toda a vida; e, segundo os autores (Paim; Vieira-da-Silva, 2006), um profissional adoecido, em estado de sofrimento e vulnerabilidade, dificilmente conseguirá realizar um atendimento adequado e/ou acolhedor.

> (...) às vezes eram dez covid por dia. Isso é bastante. Não teve nenhum cuidado, me senti desamparado. Em todos os aspectos, não só técnicos. No sentido de como diagnosticar e tratar e acompanhar esses usuários, inclusive no óbito deles. Ninguém oferecia para a gente um momento de desabafar, para conversar, para entender qual era nossa visão sobre o processo (médico Fernando).

> (...) não houve, aqui na UBS, uma gestão que dissesse “olha gente, quem estiver sofrendo, me dá um toque. A gente marca um momento para conversar com um psicólogo, com um psiquiatra (médico Alexandre).

Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. 15) comentam sobre como é estar diante da finitude e como tal ação é geradora de um sofrimento psíquico: “impacientando o contato com as próprias emoções”. Kovács (2010) completa

apontando que a impossibilidade de elaboração adequada do luto propicia o adoecimento psíquico, pois as possíveis ideações sobre controlar e combater a morte ocasiona graves consequências.

Almeida, Moraes e Cunha (2016) compreendem a morte como uma companheira de trabalho dos médicos, por sua indissociabilidade com o cotidiano de uma instituição hospitalar ou das Unidades Básicas, e reforçam quão angustiante essa experiência repetitiva é para os profissionais, gerando complicações estressantes ocupacionais, condição potencialmente nociva às suas saúdes.

A exposição a eventos estressores provoca nos profissionais médicos "reações físicas, psíquicas e comportamentais, podendo tornar-se crônico e causar danos às relações interpessoais". Sendo assim, ao entrar em contato com tais experiências, os profissionais de saúde sofrem um desgaste pessoal, que os afeta em diversos setores de suas vidas, inclusive na sua relação com os aspectos profissionais (Almeida Filho, 2011, p. 10).

> A gente não era estimulado ou ensinado a se blindar na graduação, embora, nas aulas, esse tipo aspecto era sempre discutido. A questão de que profissional da saúde está sempre em contato com dor, com sofrimento. De que, eventualmente, esses profissionais acabam se acostumando com esse processo e acabam se tornando um pouco mais resistente ao sofrimento ou começam a ficar acostumados com o sofrimento de outras pessoas. Que a gente aprende a lidar com o sofrimento das pessoas de uma forma mais fria, é tudo mentira. Nunca tivemos aulas para a nossa própria saúde mental como alunos (médico Fernando).

> Nunca nos perguntavam como estávamos nos sentindo quando a gente entrava em contato com pacientes terminais, por exemplo (médico Paulo).

Somados a esses fatores, sofrimento, medo e morte no seu cotidiano, a pandemia, obrigando esses profissionais a vivenciarem a morte ainda mais de perto, tanto dos seus colegas de trabalho, familiares e paciente/usuários quanto o medo de ocorrer com eles mesmos. Essa dificuldade em lidar com o assunto aparece na falta de verbalizar a palavra "morte" dos participantes, recorrendo à eufemismos e omissões.

> Tivemos uma profissional que trabalhava com a gente, da equipe da enfermagem, que realmente a gente recebeu a notícia. Os médicos do hospital que ela estava internada falaram que a gente não precisava ter esperança (médico Alexandre).

> Se para a gente que estava bem, que estava na rotina, já foi difícil lidar com as questões da pandemia do ponto de vista emocional, estrutural, imagina para o usuário/paciente, que estava literalmente com esse risco iminente (médico Fernando).

Essa dificuldade em lidar e falar sobre a morte são comuns no cotidiano de profissionais de saúde, sendo denominadas de zonas de silenciamento, que, segundo Barros, Maia e Monteiro (2016), configuram-se como lacunas na comunicação profissional – paciente/profissional – família e entre os próprios profissionais. Para além disso, o agravamento clínico e a eventual morte do paciente tendem a ser encarados como evidência de fracasso pessoal do trabalhador da saúde, incrementando vivências depressivas e sentimento de impotência.

Segundo Ariès (2017), a morte provoca tal medo que falta coragem ao profissional de saúde de chamá-la por seu nome. Sobre o tema, Delumeau (2009, p. 170) advertia que, “quando aparece o perigo de contágio, de início procura-se não vê-lo”; por essa razão a “recusa de palavras vistas como tabus. Nomear o mal seria atraí-lo e demolir a última muralha que o mantinha a distância” (Delumeau, 2009, p. 172).

Porém, uma das motivações para a escolha da carreira médica, segundo Meleiro *et al.* (2021), é o desejo de vencer a morte, fazendo o estudante assumir compromissos onipotentes durante a sua formação. Para os autores (Meleiro *et al.*, 2021), o confronto com os limites da realidade da profissão gera sentimento de culpa e impotência, que favorecem o surgimento de quadros depressivos ou ansiosos, pois trabalhar com o processo de morte e luto faz com que os profissionais de saúde se voltem para própria morte e para as angústias a ela relacionadas. Tradicionalmente, esses cuidadores especializados têm a função específica de curar e vencer a morte, inclusive deles próprios.

> A gente já trabalhou com a possibilidade de que poderia se contaminar em algum momento. Quando teve colegas que se contaminaram, foram para a ventilação mecânica e passaram por dias difíceis. Teve perda de colegas... É ruim, porque mostrou a nossa fragilidade, né? Quer dizer, não era só pessoas que estavam lá fora, mas gente aqui também podia (médico Fernando).

Ainda segundo os autores (Meleiro *et al.*, 2021), no conjunto de disciplina para a formação médica, os futuros profissionais não são ensinados a se preparar para perdas e lutos; a formação é para curar. O contato dos médicos com esta

finitude pode provocar práticas e atitudes que fogem da prática técnica e profissional, impedindo que o processo ocorra de forma natural.

O profissional de saúde, atuando em setores da rede pública e nas UBSs, sente o desencadear de desgastes físico e emocional, e estresse, porque o ambiente em que a equipe atua, além de ser insalubre, exige resultados imediatos e eficazes do processo de cuidar. Além disso, tendo continuamente o risco iminente de morte, em virtude da complexidade dos cuidados necessários nesse ambiente, associados a fatores pessoais e emocionais, acabam por desencadear no profissional da saúde o estresse e a depressão. Portanto, segundo Leonello e Oliveira (2014), os estressores precisam ser identificados inicialmente, a fim de evitar e/ou minimizar o adoecimento dos profissionais.

Para enfrentar o impacto emocional que a pandemia trouxe aos participantes da pesquisa, eles buscaram manter algumas atividades cotidianas, bem como desenvolver técnicas de enfrentamento, criando, assim, segundo Lima e Nietsche (2016), mecanismos de defesa e adaptação ao estresse, couraça defensiva e embotada de emoções e sentimentos para promover distanciamento de pessoas e situações ansiogênicas.

O enfrentamento, também denominado *coping,* corresponde a todos os esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, para o controle das demandas internas e externas que ultrapassam o recurso do indivíduo. Nesse sentido, entende-se que os modos de enfrentamento pode-se mudar com o passar do tempo, de acordo com as características realísticas e empregadas aos fatores estressores e as exigências contextuais.

Enfrentamento necessário para que os profissionais vivenciassem o momento pandêmico, pois as pandemias tendem a ser marcadas por perdas em massa: não somente de vidas humanas, mas também de rotinas, costumes e regras, obrigando os indivíduos a lidarem com um cenário de imprevisibilidade atípico. Conforme apontam Gregio *et al.* (2015), o processo de luto por uma catástrofe, como uma pandemia, é caracterizado por especificidades que devem ser consideradas fatores de risco para o enfrentamento do luto no indivíduo, como perdas súbitas, muito frequentemente coletivas, violentas, múltiplas e que, na maioria das situações, resultam na falta de um corpo para ser velado ou de outros elementos associados ao incidente, que dificultam para o indivíduo concretizar a perda e sancionar seu luto. Afinal, os rituais auxiliam na concretização da morte,

confirmam a perda, autorizam a expressão dos afetos e memórias, propiciam a construção de significados e fornecem suporte social ao enlutado (Oliveira *et al.*, 2015).

A pandemia modificou a forma como a morte costumava ser produzida por meio de rituais, procedimentos técnicos, e as negociações foram profundamente reorganizadas (Neves, 2021). Os impactos nos rituais de morte refletiram negativamente nas esferas biopsicossociais das pessoas e grupos sociais em luto. Os significados atribuídos ao luto vivido em consequência da covid-19 foram ampliados frente à limitação de participação dos rituais fúnebres, por razões biossanitárias, potencializando fatores de risco pelo impedimento da vivência do luto antecipatório, pois as mortes pela covid-19 aconteciam de maneira rápida e inesperada, e sem possibilidades de despedida.

> O medo de perder alguém, e se perdesse, como é que ia ser? O enterro e o velório iam ser on-line? (médico Fernando).

> Tinha insônia, taquicardia, medo de estar nos lugares com muita gente; tinha palpitação de ter que passar perto de todo mundo, sabe? Medo mesmo de morrer. Cheguei a conversar com minha namorada, fazer planos em relação à falta de um de nós dois, o que ia ser do meu filho, o que a gente ia fazer para ele (médico Paulo).

As falas dos entrevistados acima são um reflexo do luto antecipatório pelo qual passaram vários profissionais de saúde nos primeiros anos da pandemia. O luto antecipatório é consequência da incerteza e da possibilidade de morte, sendo vivenciado por familiares e profissionais de saúde diante de pacientes em fim de vida ou em estado grave pela covid-19 (Caselatto, 2020).

O luto antecipatório se inicia a partir do momento em que a pessoa recebe um diagnóstico médico que acarretará uma mudança em sua vida — seja nas atividades habituais, seja em seus projetos, em seu *status* socioeconômico ou em suas relações —, levando a transformações significativas em sua identidade e percepção de controle, envolvendo transições emocionais e cognitivas em resposta a uma perda esperada, com reações encontradas também no luto pós-morte (Franco, 2021).

Somando-se a isso, as vivências de lutos sequenciais, isto é, a morte de vários indivíduos significativos para o profissional de saúde, num curto espaço de tempo entre os óbitos, não sendo raros dentro de uma mesma família ou de um

círculo de trabalho, durante a pandemia de covid-19, o que tornou o processo mais difícil.

> Tivemos situações aqui de saber de três, quatro falecimentos numa manhã; usuários indo internando pai hoje, a mãe daqui dois dias, e a irmã internada; usuários com familiares morrendo, todos conhecidos nossos daqui da UBS... tendo que ter aquele jogo de cintura para esperar uma melhora, à espera de um milagre (médico Fernando).

Todas essas perdas reais e/ou simbólicas, ocorridas durante a pandemia, agravaram-se em razão de que, apesar da dor, morte e perda fazer parte do seu cotidiano profissional, eles não são preparados para lidar com elas durante a formação acadêmica. Segundo Franco (2021), esses profissionais têm carência de estudar morte e luto em sua formação, com prejuízos expressos na atenção aos processos de luto da unidade de cuidados. A formação acadêmica dos profissionais de saúde ainda é centrada no modelo biomédico, cartesiano, que separa aspectos físicos dos psicológicos, prioriza a busca do curar em detrimento do cuidar.

Nesse contexto, a morte é compreendida como evidência de fracasso terapêutico, e não como uma parte inevitável e inseparável da condição humana (Ravaja *et al.*, 2017), sem serem preparados para a sua rotina profissional, que é lidar com os indivíduos em situações de dor, sofrimento e morte. Para Kovács (2008), o foco da formação dos profissionais de saúde é o treinamento técnico, sem um preparo nem acadêmico nem psicológico para lidarem com a morte; pelo contrário, são treinados a negá-la, serem insensíveis ao sofrimento que ela pode acarretar, ou ficarem hipersensibilizados, podendo comprometer sua atuação profissional.

> (...) foi desesperador você ver pessoas morrerem, porque as pessoas naturalizam números, né? “Morreram dez”, “morreram 20”, “morreram cem”, “morreram mil”, “morreram 600 mil”, “morreram 610 mil” … “Ah, se já morreram 600 mil, 10 mil é nada”. Não dá para se naturalizar a vivência da morte. Eu vejo pessoas morrerem. Eu não sei de número (médico Paulo).

Além das perdas reais, de mortes pela covid, os profissionais de saúde estão vivendo e observando seus colegas com perdas funcionais e de produtividade em razão das sequelas físicas e psicológicas da doença.

> Você pode até não morrer, mas se for infectado, tem grande chance de ficar sequelado. Alguns profissionais estão com dificuldade de memória, mais lentos, com menos força (médico Alexandre).

> Muitos colegas adoeceram com transtorno de ansiedade, com pânico. Pós-covid, alguns colegas tiveram questões de cansaço, fadiga, perda de memória (médico Fernando).

Mesmo que, oficialmente, a pandemia de covid-19 tenha sido encerrada em maio de 2023 (comunicado apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ela segue em suas consequências físicas e psicológicas, requerendo políticas públicas eficazes para reabilitação e saúde mental específicas para essas demandas. Assim como nos dois primeiros anos, houve subnotificação de casos de covid-19, invisibilizando-os, agora a invisibilização atinge as sequelas da doença, que seguem silenciosas, afetando a vida e a produtividade dos profissionais de saúde.

Sobre os lutos enfrentados pelos médicos que atuaram diretamente na pandemia, ainda não é possível mensurar. Até porque o sofrimento proveniente dessas perdas reais e simbólicas enfrentadas é subjetivo, ou seja, não se mensura sofrimento, é preciso acolhimento para tal. Esse acolhimento, segundo os participantes desta pesquisa, faltou a quem estava na linha de frente. Eles vivenciaram o isolamento social e o estigma, inclusive dentro da própria casa. A população, que deveria acolhê-los, excluíram-nos. Buscaram isolar-se, voluntariamente, para não colocar a família em risco; e se mantiveram vivos e funcionais a partir da solidariedade com demais colegas de trabalho, que vivenciavam contextos semelhantes. A morte, que eles achavam que combatiam na rotina profissional, calou-os quando levou familiares, colegas de trabalho e usuários/pacientes que eles tentaram salvar e não conseguiram.

Ante o exposto, essa temática está alinhada ao objetivo de compreender o processo de luto dos médicos, pois focou diretamente em como a morte e o luto os impactaram na prática médica. A morte de usuários/pacientes e a experiência de luto foram eventos recorrentes durante a pandemia, e compreender como isso afetou a atuação profissional dos médicos na UBS faz-se fundamental para o objetivo geral da presente pesquisa.

Analisar o impacto do luto e da morte na prática médica permitiu compreender de forma ampla como essas experiências moldaram o comportamento,

as atitudes e a saúde mental dos médicos da referida UBS durante o período pandêmico. Ao explorar o impacto da morte e do luto na prática dos médicos, a presente pesquisa ajuda a identificar fatores de risco para a saúde mental desses profissionais. O estresse emocional decorrente do luto não elaborado pode ser um fator de risco importante. Por outro lado, compreender como os médicos lidaram com as perdas e com o impacto da morte no ambiente de trabalho pode revelar estratégias e fatores que ajudarão esses profissionais a enfrentar o luto, funcionando como fatores de proteção.

Por fim, compreender como a morte e o luto impactam a prática médica evidencia a necessidade de políticas que ofereçam suporte emocional e treinamento adequado aos profissionais médicos, permitindo o enfrentamento de situações semelhantes de forma mais estruturada.

A preparação insuficiente dos médicos acerca da morte e luto na prática clínica

A complexidade de abordar a morte na área da saúde, principalmente na saúde pública, é multifacetada, envolvendo aspectos emocionais, psicológicos, culturais, religiosos e éticos. Esses aspectos desempenham um papel significativo na forma como a morte é percebida e enfrentada (Teixeira, 2014). Profissionais de saúde, como os médicos, enfrentam o dilema de equilibrar a necessidade de informar/apoiar os seus pacientes e suas famílias, enquanto necessitam lidar com suas próprias emoções e a pressão para manter “uma aparência de força” e profissionalismo (Pinto; Silva; Baptista, 2015, p. 23).

Culturalmente, a morte é percebida de maneiras variadas, e essas percepções influenciam sobremaneira como as conversas sobre a temática são conduzidas (Da Silva Costa, 2024). Em muitas sociedades contemporâneas, falar sobre a morte é considerado um tabu, um assunto a ser evitado. No entanto, evitar essas discussões conduz à falta de preparação emocional e prática do profissional da área saúde, resultando em decisões médicas que não refletem os desejos e valores do paciente.

Sendo assim, a difícil tarefa de falar sobre a morte no ambiente da saúde, seja ele hospitalar ou nas Unidades Básicas de saúde, é um tema que merece profunda atenção. Reconhecer as barreiras existentes, bem como desenvolver estratégias eficazes para superá-las, torna-se essencial para a melhoria da experiência de pacientes e famílias, além de apoiar os profissionais de saúde em suas funções. A promoção de uma cultura de abertura e aceitação com relação à morte, segundo Lima e Da Silva Costa (2024), pode contribuir significativamente para o bem-estar emocional psicológico de todos os envolvidos, facilitando uma abordagem mais humanizada e compassiva no cuidado de fim de vida.

> (...) eu acho que na formação em medicina tem pouco espaço para falar da morte. A gente aprende a cuidar e lutar pela vida e não estamos esperando a morte do paciente. É vergonhoso, segundo o que meus professores me ensinaram, perder um paciente... Eu acho que deveria ter, introduzir na faculdade, em todos os anos da medicina, mesmo, falar sobre esse tabu da morte e do luto. Não depois de formado nem na residência. Eu acho que deveria ser introduzido desde o princípio, mesmo (médico Paulo).

> (...) a gente teve, sim, aulas sobre lidar com o luto no processo do adoecimento, perda de pacientes..., mas isso foi concentrado, principalmente, no primeiro ano de faculdade, quando a gente tinha aulas de psicologia médica. A gente tinha aulas formais sobre teoria do luto, sobre os cinco estágios do luto, como compreendê-los, como lidar com o paciente. Ao mesmo tempo, era um momento da minha formação em que eu estava no primeiro e no segundo ano da faculdade. A gente tinha contato com pacientes naquela época, mas a gente ainda não tinha o papel, como profissional de saúde, de ser quem iria transmitir essas informações para a família e paciente. Então, foi uma coisa essencialmente teórica e a meu ver, pouco, muito pouco pela exigência na nossa área sobre o assunto (médico Fernando).

Segundo Dos Santos *et al.* (2024), essa situação acontece porque a formação médica e o próprio ethos dos profissionais focam predominantemente na cura e na manutenção davida, ou seja, médicos e outros membros da equipe de saúde são treinados para salvar vidas, enfrentar doenças e promover a recuperação (Da Silva Costa, 2024). Por consequência, a morte é vista como um fracasso profissional, algo a ser evitado. Com esse foco na sobrevivência cria-se uma aversão psicológica à discussão sobre a morte, visto que tal conversa pode ser percebida como um abandono da luta contra a doença (Souza; Viana, 2014).

Além disso, os profissionais médicos sentem-se mal preparados para lidar com as conversas sobre o fim da vida. Embora a medicina paliativa tenha ganhado reconhecimento e importância nas últimas décadas, médicos e enfermeiros relatam

a falta de treinamento adequado na comunicação sobre a morte (Pinto; Silva; Baptista, 2015).

> Durante o primeiro momento da faculdade, não. Paliativo, mesmo, a gente teve no quarto ano da faculdade. Quarto, quinto ano, também. Mas, foram aulas essencialmente teóricas. Por exemplo: nós não rodamos em uma enfermaria de cuidados paliativos, por exemplo. O que a gente via de cuidados paliativos no dia a dia, já no internato, já no quinto e no sexto ano, eram pacientes que estavam, eventualmente, no seu processo de adoecimento, muitas vezes com prognóstico fechado, e tudo mais e que não estava passando por um processo paliativo, por exemplo, e você acabava não vendo isso ou não sendo você o profissional ligado àquele leito, àquele paciente, para trabalhar esses aspectos. Essas habilidades (médico Alexandre).

Essa ausência de habilidades específicas para abordar questões delicadas, tais como a transição para os cuidados paliativos, a limitação de tratamentos invasivos ou a preparação para o óbito, contribui para a evasão do tema (Schimitt, 2023). Essa carência de preparação exacerba-se diante da pressão do tempo e pela sobrecarga de trabalho típica dos ambientes hospitalares, nos quais as conversas profundas e emocionalmente intensas são relegadas a segundo plano.

> (...) de repente, eu estava no pronto-socorro, chegava um paciente crítico. A minha cabeça, como de todos ao redor, só pensava em protocolos de ressuscitação cardiopulmonar, e depois o paciente falecer ali na nossa frente. Acabava, ninguém pensava em mais nada. Tirava a luva e próximo. Então, é uma coisa que normalizou, de fato (médico Fernando).

O impacto emocional da morte sobre os próprios profissionais de saúde não deve ser subestimado. A morte de um paciente, com o qual o médico tenha um vínculo significativo desencadeia sentimentos de tristeza, frustração e, na maioria dos casos, impotência. Segundo Teixeira (2014), esses sentimentos são internalizados, levando à evasão da temática sobre a morte como um mecanismo de defesa, pois, para médicos e enfermeiros que desenvolvem laços com seus pacientes, a morte representa uma perda pessoal, sendo um complicador para a disposição de discutir e conversar sobre o assunto.

> a paciente que eu vi falecer e que eu sofri, eu tive vontade de chorar, claro eu tinha uma proximidade maior com ela..., mas a fila anda e eu preciso atender mais e mais porque a gestão me cobra isso (médico Paulo).

No âmbito cultural, a sociedade ocidental, em particular, tem uma tendência a evitar o tema da morte. Segundo Da Silva Costa (2024), a morte é frequentemente cercada por um manto de silêncio e medo, refletindo na relutância geral em falar sobre o fim da vida. Pacientes e familiares compartilham este sentimento de desconforto, preferindo focar em tratamentos e curas, em vez de contemplar a morte. Este tabu cultural acaba sendo espelhado no ambiente hospitalar, principalmente no âmbito da saúde pública, na qual as conversas sobre prognósticos negativos ou sobre a morte são percebidas como insensíveis ou prematuras (Schimitt, 2023).

Outro fator a se considerar é o desejo de proteger o paciente e seus familiares da dor emocional associada ao reconhecimento da morte iminente. Os profissionais de saúde sentem que, ao evitar discussões sobre a morte, estão poupando os pacientes e suas famílias do sofrimento adicional. No entanto, essa abordagem pode causar, de forma paradoxal, mais angústia por deixar questões não resolvidas e sentimentos de incerteza.

> Infelizmente, teve essa situação que teve um óbito de uma questão clínica de um paciente. Aí teve que dar a notícia do óbito. Total dificuldade para passar. Mas eu acho que, na faculdade, é pouco treinado, essa questão de lidar com o luto. Eu escutei muito na covid aqui “poxa, a mãe de um paciente/usuário faleceu no hospital tal, falando que, ah, começou a parar o rim, depois começou a parar os outros órgãos, ela morreu... não é todo mundo que tem esse tato, nessa parte de notícia, de passar a notícia (médico Alexandre).

> (...) é um tema que eu tenho interesse... morte e luto. Muitas vezes em doenças, como câncer, sempre associa com a morte. Então, imagina, há pouco tempo, eu atendi uma paciente que, por exemplo, tinha uma irmã que tinha falecido de câncer de mama, a outra que já está com metástase, e ela descobriu. Então, associa, já, ao fim. A gente já associa ao fim, vai falar o que? (médico Paulo).

A comunicação clara e compassiva sobre o fim da vida torna-se essencial para uma boa prática médica e para o bem-estar dos pacientes. Pacientes que são bem-informados sobre suas condições e expectativas de vida tendem a fazer escolhas mais alinhadas com seus valores e preferências pessoais, optando, por exemplo, pelos cuidados paliativos, que melhoram, consideravelmente, a qualidade de vida (ou o fim dela), em detrimento de tratamentos invasivos e sem maiores resultados. Para além disso, famílias que participam de discussões abertas sobre a morte, com frequência, relatam menos arrependimentos e uma melhor experiência

de luto (Da Silva Costa, 2024). Portanto, os profissionais médicos, bem treinados e empáticos sobre os temas morte e luto, podem ser fatores de proteção para os enlutados, com relação a sua postura perante a morte e o morrer no ambiente hospitalar ou na UBS.

> Empatizar às vezes parece uma coisa muito abstrata e como é que a gente empatiza? Acho que é o mínimo, é você olhar pra pessoa, olhar nos olhos como se tivesse conversando com qualquer outra pessoa que você já tem um vínculo, ouvir, observar aquela pessoa, o que ela traz de demanda pra você (médico Alexandre).

Portanto, as questões sobre a morte e o morrer no contexto hospitalar e nas UBSs requerem mudanças tanto na formação dos profissionais de saúde quanto na cultura institucional (Schimitt, 2023).

> (...) eu tenho vinte minutos, às vezes quinze minutos, dependendo da fila, de atendimento por paciente aqui na UBS... eu vejo usuários que estão extremamente deprimidos e precisando conversar... como eu faço? Quando tem psicólogos ou psiquiatras eu indico. Mas tem a fila, né? Após a covid eu percebo tantas necessidades do usuário... de verdade, falta tempo e técnica para ajudar todas as demandas. E deveria porque sou médico do núcleo de família! (médico Fernando).

A integração de treinamento em comunicação sobre o fim da vida nos currículos médicos, o fortalecimento do suporte emocional para profissionais de saúde e a promoção de uma cultura na área da saúde que valorize a empatia e a compaixão são passos importantes para a saúde mental de familiares e médicos (Teixeira, 2014). Além disso, normalizar as conversas sobre a morte como parte do cuidado contínuo pode ajudar a humanizar a experiência hospitalar, oferecendo um suporte mais eficaz aos pacientes e suas famílias.

> (...) ninguém forma sobre isso! Estou com quarenta e poucos anos de formado. É a primeira vez que estou aqui mais de uma hora falando sobre luto e morte. Teve a covid, mas a gente tem que batalhar nisso aí, para as outras áreas da medicina, falar sobre o luto não só referente a covid (médico Paulo).

> Já tive pacientes que me procurou e eu sabia que ele tinha perdido um ente querido para a covid, mas ele não falou sobre isso de jeito nenhum. Eu também não perguntei por que daí acho que seria muito invasivo (médico Alexandre).

A comunicação sensível de notícias difíceis no contexto hospitalar faz-se fundamental no aspecto do cuidado médico, envolvendo uma mistura complexa de habilidades emocionais, sociais e éticas (Alves, 2023), ou seja, a forma como os profissionais de saúde transmitem informações sobre diagnósticos graves, prognósticos desfavoráveis ou óbitos pode ter um impacto profundo e duradouro sobre pacientes e suas famílias (Machado *et al.*, 2015).

A comunicação pode ser entendida como uma competência profissional que, por meio de utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimula o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, sendo considerados os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto. Sua efetividade faz-se importante para o desenvolvimento da relação entre médico e paciente, possibilitando uma interação adequada, com condição de conciliar a necessidade de apresentação de um raciocínio clínico com os aspectos psicossociais, emocionais e espirituais de ambos os envolvidos (Brasil, 2014; Oliveira, 2018).

Por outro lado, a “má notícia” é definida como informação que carrega enorme valência emocional e tem o potencial de mudar a vida e a perspectiva de futuro dos indivíduos. Na área da saúde, tradicionalmente, os exemplos de comunicação de más notícias passam pelo diagnóstico de doenças graves (ameaçadoras de vida), amputação de membros, comunicação sobre a morte de um familiar. Na contemporaneidade, além das citadas, incluem-se as doenças que interferem na qualidade de vida (Camargo *et al.*, 2019; Fernandes & Sousa, 2019).

A comunicação de más notícias, embora seja frequente no exercício da medicina, ainda é considerada uma tarefa extremamente difícil. A tal ponto que, nos anos 1980, foram criados protocolos com a finalidade de treinamento e adequação da comunicação de más notícias pelos profissionais médicos, tornando-se referências para uma prática clínica satisfatória, que considera a subjetividade humana e sua multiplicidade de expressões, também, nos contextos de adoecimento e morte (Machado *et al.*, 2015).

Mesmo com a existência de ferramentas importantes de comunicação de más notícias e, no caso do Brasil, de um enfoque de priorização da competência comunicacional nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (Brasil, 2014), é possível que o processo didático utilizado para

comunicação de más notícias ao paciente e seus familiares não esteja adequadamente ministrado durante a formação médica.

Na vivência da maior emergência de saúde pública que a comunidade internacional enfrentou neste século, a pandemia de covid-19, evidenciou-se com mais força a necessidade de que a educação médica priorize a efetiva e adequada comunicação de más notícias.

> Foram tantos óbitos... então você fica desesperado, meu Deus, o que eu faço? O que eu digo? Socorro! (médico Paulo).

> A gente vai se adaptando e fazendo como pode, né, ou até não fazendo. Vi colegas que se afastaram também, né, que sofreu muito com essas coisas, que não conseguiu ficar nessa situação. Falou e foi embora (médico Fernando).

Os participantes apontaram uma perspectiva de educação médica que deve ultrapassar a visão tecnicista, com ênfase no diagnóstico e tratamento, para chegar ao cuidado com os usuários/pacientes. Sugeriram que o aprendizado sobre os aspectos relacionais deveria abordar metodologias de ensino, além das aulas teóricas, para que possibilitem a assimilação de processos de conexão e empatia, ressaltando o tema do aperfeiçoamento da competência comunicacional.

> Medicina não é só diagnóstico difícil, complexo e tratamento. E isso é uma coisa que eu me estressava demais até chegar no internato, que eles querem que a gente saia um excelente médico, um médico completo e quando a gente sai... a gente não sabe nem se comunicar com a equipe (médico Fernando).

> Teve uma aula, eu lembro que me revoltei com isso, que era uma aula sobre empatia com slides, oitenta pessoas na sala, ridículo, eu me revoltei (médico Paulo).

Nesse contexto, o exercício da empatia torna-se mais desafiador. Os estudos de Portella, Grabois e Travassos (2020) apontam que a empatia pode ser desenvolvida mesmo em quem, inicialmente, está desconectado ao outro. O desenvolvimento se dá a partir de ações que demonstrem interesse, como prestar atenção em suas expressões. A partir disso, pode ocorrer a conexão entre as pessoas.

Apesar de estudos como esse, e de mudanças nas diretrizes curriculares da educação médica, sabe-se que as dificuldades apresentadas pelos médicos

persistem e têm relação, também, com a formação. Poucas universidades valorizam o ensino da comunicação em seus currículos, e é de suma importância o investimento em métodos que capacitem tais estudantes a desenvolver e aprimorar essa habilidade (Siqueira, 2013), visto a dificuldade e sofrimento que esses profissionais enfrentaram frente à covid-19.

Embora, nas duas últimas décadas, tenham ocorrido mudanças curriculares nos cursos de medicina, com o objetivo de formar profissionais mais humanizados e capazes de atender as demandas atuais (Amaral; Bosi, 2017), existem (ainda) muitos desafios quanto a isso, como a priorização dada ao tema ou mesmo a dinamicidade dos contextos. Com a vivência da pandemia de covid-19, em que houve muitas pessoas afetadas pelo processo de adoecimento, pela morte e pelo luto, evidenciou-se, ainda mais, a importância de atuações médicas na comunicação de más notícias de maneira eficiente.

Além disso, os participantes destacaram a importância do trabalho em equipe, no tocante à equipe de cuidados assistenciais. Esses dados evidenciam o tema nomeado de poder biomédico e a interdisciplinaridade na má notícia (Ribeiro *et al.*, 2021), mostrando a necessidade de transformações no sentido de compartilhamento de poder entre os membros da equipe para que seja possível a efetivação dos saberes das diversas disciplinas, que se revela a partir da prática dialógica das categorias profissionais, principalmente na APS. O que não é ensinado na formação médica, segundo o médico Paulo: “somos educados para ser os heróis... e na prática não é nada disso... dependemos de todos”. “Se a pessoa perguntar, também ter a humildade de dizer: olha, não sei, vamos ver aqui, vou chamar a assistente social, vou chamar a psicóloga, incluir a equipe” (médico Alexandre).

Os participantes informaram ter dificuldades com relação ao tema da comunicação, e que essa competência não é priorizada na formação médica, o que trouxe dificuldades com relação ao número de óbitos que precisaram enfrentar no período pandêmico. Além disso, apontaram para a necessidade do desenvolvimento da habilidade comunicacional, no tocante a lidar com as emoções, ao longo do processo do internato. “Eu tô fazendo direito? Eu acho que eu tô, mas será que eu não poderia melhorar? Será que seu tivesse tido um melhor direcionamento na graduação? No internato? Porque no internato a gente vai tendo mais relações médico-paciente” (médico Fernando).

Afinal, eles não sabem como comunicar algo que pouco foi apresentado como uma possibilidade do cuidado médico, em virtude da frágil discussão sobre a morte. Esse aspecto ficou mais evidenciado na pandemia de covid-19, contexto em que algumas dificuldades relativas às comunicações de más notícias foram apresentadas submetidas a mais fatores estressores, tais como risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; sobrecarga e fadiga; exposição à morte em larga escala; frustração em não salvar vidas, apesar dos esforços, entre outros (Schmidt *et al.*, 2020). “(...) eu lidei com tudo isso sozinho. Vivenciei tudo com meus próprios recursos” (médico Paulo).

Na vivência da pandemia, os estudos (The Lancet, 2020; Cruz *et al.*, 2020) apontaram que os profissionais expostos diretamente aos riscos de contaminação, especialmente em hospitais, postos de saúde e Unidades Básicas, registraram, dentre outros aspectos, manifestação de sintomas de estresse agudo e redução da empatia. Além do fato de ficarem isolados de suas famílias e testemunharem (ainda) colegas de sua própria equipe indo a óbito.

A partir das diretrizes curriculares nacionais atuais, os projetos pedagógicos dos cursos de medicina brasileiros foram transformados, teoricamente, no que diz respeito à ênfase na comunicação. Contudo, foi observado um despreparo dos médicos para lidar com as comunicações de morte e luto e, especialmente, despreparo emocional. Isso leva à indicação de aprimoramento dos processos de educação médica, no sentido formal, e sobre a necessidade de que os médicos sejam incentivados ao fomento do autoconhecimento, como um fator de proteção para sua saúde mental.

Os participantes desta pesquisa deixaram evidente que a comunicação de más notícias não se limita a uma questão técnica, mas envolve sentimentos e atitudes que precisam ser abordados e trabalhados com metodologias diversas. Essas informações têm o potencial para contribuir com o fomento de discussões qualificadas sobre o assunto e, quiçá, incrementar a formação local, principalmente na saúde pública, e implementar políticas de educação na área médica.

Diante do exposto, a categoria abordou diretamente o impacto da preparação insuficiente dos médicos, especialmente em lidar com morte e luto. Essa compreensão faz-se essencial para identificar as lacunas na formação acadêmica que dificultam o enfrentamento adequado do luto, tanto no aspecto emocional quanto na relação com os pacientes e suas famílias.

Compreender a insuficiência na preparação acadêmica dos médicos permite identificar fatores que contribuem para o desgaste emocional e o estresse dos profissionais de saúde, especialmente em momentos de crise como vivenciado na pandemia. Esse alinhamento ajuda a entender como a preparação deficiente pode agravar o impacto emocional do luto e como os médicos vivenciam essa experiência.

a) *fatores de risco relacionados ao preparo insuficiente*: a falta de preparo dos médicos para lidar com a morte e o luto se torna um fator de risco tanto para a saúde mental dos próprios profissionais quanto para a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e familiares enlutados. Médicos emocionalmente sobrecarregados ou que não sabem como lidar adequadamente com o luto têm mais dificuldade em fornecer apoio emocional adequado;
b) *fatores de proteção através de suporte e capacitação*: a partir da análise dessa categoria, pôde-se identificar a necessidade de programas de formação continuada e suporte psicológico para os médicos da rede pública. Essas iniciativas atuam como fatores de proteção, auxiliando os profissionais a enfrentarem melhor situações de perda e a oferecerem suporte emocional eficaz aos pacientes e familiares.

Reforça-se, portanto, a necessidade de criar políticas públicas que incluam programas de capacitação e suporte contínuo aos profissionais de saúde da rede pública para lidar com a morte e o luto. Isso é fundamental para garantir que os médicos tenham as ferramentas e os recursos necessários para enfrentar as situações desafiadoras da prática clínica e melhorar o atendimento à comunidade, principalmente com relação à morte e ao morrer.

Reconhecer a necessidade de formação adequada em temas como morte e luto contribui para a fundamentação de propostas de políticas públicas que promovam a capacitação dos profissionais desde a formação inicial até o contexto de trabalho nas UBSs, garantindo melhores condições de atuação e de saúde mental para eles.

A partir da identificação de que os médicos também enfrentam dificuldades significativas em lidar com a morte e o luto, um protocolo psicológico para enlutados precisa levar em consideração os próprios profissionais de saúde

que o aplicarão. O preparo emocional e o suporte contínuo aos médicos se faz essencial para que possam oferecer um cuidado ao enlutado com qualidade e sem comprometer sua própria saúde mental.

Por fim, não menos importante, a preparação insuficiente para lidar com a morte torna os médicos vulneráveis ao luto complicado, especialmente em contextos de alta mortalidade, como foi a pandemia da covid-19. Portanto, a inclusão da necessidade de suporte aos médicos no protocolo psicológico contribui para uma abordagem mais integrada do luto nas UBSs, na qual tanto os profissionais quanto os pacientes e familiares recebem apoio.

6.4 Análise do grupo de enlutados pela covid-19 usuários/pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bom Retiro

A partir das questões referidas a elas, as pessoas em situação de luto atendidas na UBS puderam relatar suas vivências relacionadas ao luto — desde o impacto inicial das perdas até as dificuldades enfrentadas no contexto da covid-19. Os participantes descreveram como as condições da pandemia afetaram suas vidas e como buscaram suporte nas UBSs.

A pesquisadora permitiu que os participantes seguissem seus discursos da maneira que se sentissem mais à vontade, interrompendo apenas quando havia a necessidade de esclarecer alguma questão ou quando se percebia a importância de aprofundar um assunto relevante apontado pelo participante. Quando a pesquisadora realizava alguma pergunta, este questionamento seguia, preferencialmente, a sequência do discurso do participante, com o objetivo de esclarecer alguma fala ou provocar o aprofundamento de alguma reflexão ou questão apresentada pelo participante.

A escuta ativa da pesquisadora pareceu ser suficiente, pois permitiu a abertura dos participantes na apresentação de suas histórias livremente. Além disso, os participantes foram acolhidos em suas emoções pela pesquisadora, sempre que necessário.

a) Contato inicial

O convite foi feito pela pesquisadora pessoalmente e prontamente aceito pelas 6 (seis) participantes enlutadas pela covid-19, com idades de 34 a 75 anos, todas do sexo feminino. A pesquisadora, ao abordar as participantes dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), fazia as perguntas necessárias para a identificação do enquadramento do perfil para a presente pesquisa. Ao se enquadrar, a pesquisadora explicava o procedimento da coleta de dados, bem como apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser assinado. Com o aceite do convite, a entrevista se iniciava.

Todas as entrevistas foram realizadas dentro da UBS. Com relação ao local, a pesquisadora teve o cuidado de manter a privacidade das entrevistadas, bem como considerar os espaços adequados para a condução da pesquisa, sem expor as participantes.

Ciente de que a participação na pesquisa pode interferir em seu processo de luto, foi perguntado a cada uma das participantes a respeito do seu bem-estar antes e após a coleta dos dados, como sugerido por Cook (2001). Foi oferecido atendimento gratuito, caso não houvesse psicólogo na UBS, em psicoterapia, àquelas participantes que desejavam fazê-lo. Além disso, a pesquisadora deixou o seu contato, para o caso de as participantes sentirem a necessidade de qualquer tipo de esclarecimento ou fazer algum pedido ou queixa que por ventura a tenham incomodado.

b) Histórico dos casos

Nas UBSs, é comum chamar o atendimento de porta de entrada de acolhimento, ou seja, todo usuário/paciente que chega à unidade por demanda espontânea sem um atendimento/procedimento agendado ou programado deveria receber uma escuta qualificada, por parte dos profissionais da equipe multiprofissional. Nesse encontro entre o profissional de saúde e o usuário, o profissional deve avaliar as necessidades de saúde, bem como os riscos e vulnerabilidades presentes, de modo a realizar um direcionamento para a demanda ouvida, garantindo o fluxo do usuário a atendimentos no local ou em outros serviços da rede, se for necessário.

O acolhimento é uma estratégia privilegiada para o estabelecimento de vínculos da equipe com a comunidade atendida, justamente por oferecer um espaço

aberto de comunicação e atendimento às demandas de saúde, quando os usuários buscam por cuidado. Para além disso, o acolhimento está relacionado com a acessibilidade universal, o olhar da equipe multiprofissional e a qualificação da relação profissional de saúde-usuário, pautada, no que Franco, Bueno e Merhy (2019) chamam de relações de solidariedade e cidadania. Portanto, trata-se de um tipo específico de relação, pautada em um tipo de vínculo, em que se reconhece o outro enquanto indivíduo em sua singularidade e possibilidade de decisão, consonante com os princípios da clínica ampliada.

Quando os profissionais de saúde conhecem o território e as redes existenciais, existe uma maior chance de se estabelecerem comunicações abertas e verdadeiras nos encontros para produzir ações de cuidado que façam sentido para ambos. Por outro lado, sempre haverá a possibilidade da recusa de um tratamento ou de uma opção considerada saudável no campo da saúde, pela questão da autonomia dos usuários, inclusive colocando um limite nos profissionais em direcionar ou impor um cuidado considerado ideal. Os usuários podem escolher outras formas de se cuidar, por meio de conhecimentos tradicionais, espiritualidade, outras redes de apoio ou, até mesmo, não se cuidar.

Porém, isso depende da forma como o usuário se sentequando entra em contato com a recepção da UBS. Afinal, a recepção é a sua porta de entrada para o equipamento. A saber: o fluxo da unidade da referida UBS: primeiramente, o usuário que chega, por demanda espontânea, busca uma senha, aguarda para passar na recepção e, se for o dia específico da equipe, é realizado um atendimento por um profissional da equipe multidisciplinar.

Dessa forma, segundo Carvalho e Cunha (2006), chama-se de acolhimento o atendimento por demanda espontânea realizado pela equipe multidisciplinar da Unidade Básica. No que se referiu à recepção, houve queixas das participantes desta pesquisa pela desorganização das filas, bem como pelo tratamento recebido por alguns profissionais, faltando educação, cordialidade e disponibilidade para ajudar. “(...) acho que elas [as profissionais] tinham que ser mais pacientes e mais disponíveis para ajudar. Perguntem o que a gente precisa, de verdade, não apenas perguntem a equipe e falem que não tem médico. Ser mais acolhedor” (usuária Helena).

É percebida uma falha no processo de acolhimento às demandas espontâneas com relação à integralidade do cuidado, ao acesso universal e ao

atendimento em equipe multidisciplinar. Essa falha acontece porque o profissional da recepção coloca uma restrição do acolhimento, vinculando o cuidado somente ao atendimento médico. As próprias participantes identificaram a ausência e a necessidade de uma escuta mais qualificada da demanda, antes de direcionarem a equipe médica.

A falta do atendimento cordial promove um afastamento dos usuários, em um momento importante para a promoção e o estabelecimento de vínculos, por ser o momento em que o usuário busca a unidade básica de saúde como uma referência de cuidado (Cunha *et al.*, 2021).

Foi colocado pelas participantes que, em momentos de embate com profissionais da recepção, os usuários oferecem ajuda aos outros, “mais velhos ou com maior dificuldade” (usuária Edwiges), evidenciando a existência de vínculos comunitários, ao mesmo tempo em que coloca certa divisão com a equipe de saúde: reconhecendo-se como “nós, usuários da comunidade” (usuária Simone), contra os profissionais da equipe. Os vínculos comunitários envolvem tanto vínculos grupais (uma comunidade pode ser vista como um grupo, mas também é formada por vários pequenos grupos), quanto a relação entre esses grupos, sua história e normas que os regem.

A respeito de tal definição, destaca-se: trata-se de um grupo de indivíduos que compartilham condições de vida semelhantes, além da convivência em determinado território. Apesar de não se tratar de grupos homogêneos, existe um sentimento de coletividade, um “nós”, com laços emocionais e vínculos compartilhados, que Pichon-Riviére (1988) denominava de Sentido de Comunidade. Dessa forma, existe uma relação de influência mútua entre os indivíduos e o coletivo, bem como uma identidade social, sem que se anulem as identidades individuais de seus membros. Justamente, a potência das comunidades refere-se ao fato de que as relações sociais constituídas favorecem redes de apoio social, solidariedade e confiança. No entanto, segundo Pichon-Riviére (1988), isso não se dá sem tensões e conflitos.

Como podemos observar na usuária Samara, que, “Às vezes, por pegar a dor da pessoa, chegamos a ser mais grossas com as profissionais da recepção”, produzindo certo confronto, em vez de um trabalho conjunto pelo mesmo fim: a saúde da população. As dificuldades de comunicação, principalmente na recepção/porta de entrada, geram conflitos entre os usuários/pacientes e a equipe,

sendo relatados casos de agressão verbal e física, além de ameaças via redes sociais.

Outra questão que se apontou foi a demora para conseguir informações e orientações simples, como o dia de atendimento de cada equipe de referência. A este respeito, foi relatado pela gestora da referida Unidade Básica que uma ação do Conselho de Saúde, realizada a pedido da coordenadoria geral, com o intuito de melhorar a divulgação de informações sobre o acolhimento, resultou na construção de um painel na recepção da UBS. Entretanto, a usuária Samara comentou “que nem sempre eles atualizam as informação e acaba desperdiçando muito tempo de espera, apenas para serem informadas que não serão atendidas no dia”.

Por essa razão, uma solução para tal problema foi pautada, pela gestão da UBS, em reunião aberta à população com o Distrito de Saúde, que foi uma proposta de contratar profissionais para orientar os usuários sobre os fluxos de atendimento e tirar dúvidas na porta de entrada, sem a necessidade de pegar senha para passar na recepção. Assim, evitar-se-ia a espera da recepção, no caso de somente o usuário buscar orientações ou informações, reduzindo, assim, as filas para atendimento.

Houve, também, a pedido dos usuários, uma maior flexibilização do processo de acolhimento, a depender da demanda e da urgência, bem como a não centralização do atendimento médico.

> Às vezes, o profissional não sabe fazer um diagnóstico da urgência do problema e, se necessário, flexibilizar a data/fluxo do acolhimento. Falta maior sensibilidade e maior clareza nas orientações sobre o tipo de atendimento necessário (médico, enfermeiro, grupo etc). Às vezes, a pessoa vai várias vezes ao posto e não consegue resolver o seu problema (usuária Irma).

Essas questões são importantes para a reflexão sobre a importância da qualificação da relação entre os profissionais da UBS e os usuários, por meio de uma abertura ao encontro que acontece, e que, segundo Merhy *et al.* (2019), gera maior flexibilização e responsabilização pela resolução da demanda apresentada pelo usuário. Para além disso, traz uma diversidade de direcionamentos possíveis, não se limitando somente ao atendimento médico, de forma a ampliar a clínica e o trabalho multiprofissional.

Apesar das queixas quanto às barreiras do acolhimento e centralidade do atendimento médico, em alguns momentos, o olhar multidisciplinar parece se efetivar, de acordo com a usuária Helena: “Às vezes, mesmo que não tenha médico, eles te dão uma ajuda, um suporte, uma conversa”.

Diante desse cenário — devido à rotatividade dos profissionais, pouca flexibilidade, centralidade do atendimento médico e conflitos entre equipe e usuários —, o acolhimento à demanda espontânea acaba não conseguindo efetivar os ideais de escuta qualificada e estabelecimento de vínculos (Brasil, 2010). Além disso, não favorece a visão do indivíduo em sua singularidade, integralidade e protagonismo do cuidado.

Não obstante, faz-se evidente que o atendimento por demanda espontânea não é a única forma que uma UBS deve acolher seus usuários. O acolhimento se trata de uma postura ética que deve guiar a interação entre profissionais e usuários nos diferentes encontros (Brasil, 2010). Pode-se citar como outros exemplos bastante importantes, nesse sentido, a busca ativa por meio de visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e restante da equipe, bem como grupos e ações coletivas desenvolvidas na comunidade.

Com os efeitos da pandemia, houve uma mudança considerável, necessitando uma reorganização do fluxo de atendimentos e a priorização dos casos de covid-19.

> Na UBS, você não podia entrar. Eles atendiam do lado de fora, apenas urgências ou casos de covid. Não estava tendo consultas agendadas ou outras atividades. Até os exames estavam demorando mais. A população foi muito prejudicada, porque não tinha só covid, mas pro pessoal da UBS também foi difícil. Tinha muitos casos da doença e pessoas passando mal, que a UBS já encaminhava para as Upas. Esse funcionamento demorou quase dois anos para voltar ao normal. Só começou a melhorar mesmo no finalzinho de 2022 (usuária Ronilda).

Foi percebida, portanto, uma redução do acesso e uma descontinuidade do cuidado por meio de um novo fluxo de atendimento imposto pela pandemia. Faz-se evidente que foi necessário realizar mudanças no atendimento, com a priorização de casos de covid-19 e a revisão dos formatos de atendimento. Entretanto, Giovanella *et al.* (2020) apontam que, tanto no contexto local quanto nacional, observou-se centralidade em estratégias pontuais e individuais, bem como

dificuldade em se aproveitar as potencialidades da APS, com sua abordagem longitudinal e comunitária e o conhecimento do território.

A pandemia foi citada como um aspecto que gerou uma piora nas relações entre equipe e usuários da UBS, o que as participantes entenderam estar relacionado ao fato de os profissionais estarem mais sobrecarregados, “no limite” (usuária Helena). Nesse sentido, no segundo ano de pandemia (em 2021), aumentaram os relatos de casos de violência contra os profissionais, bem como queixas em redes sociais (Rosa-Cómitre *et al.*, 2023), podendo ter contribuído para tal a redução dos espaços de comunicação entre esses dois atores, assim como a suspensão das reuniões do Conselho Local e das atividades coletivas e no território.

A sobrecarga dos profissionais foi associada ao aumento de demandas, principalmente no ano de 2021: casos de covid-19 e síndrome pós-covid, vacinação, teleatendimentos, questões de saúde mental e aumento da população SUS-dependente (Rosa-Cómitre *et al.*, 2023). Outra importante questão citada pelas usuárias foi a desvalorização do trabalho na APS e a fragilização dos espaços de cogestão. Segundo o Coletivo de Estudos e Apoio Paideira (2022), foi indicado que a maior vulnerabilidade social da população, incluindo situações de desemprego e fome, aumentaram o desespero e a agressividade de alguns usuários, diante de negativas de acesso ao equipamento: “(...) eu não confio TANTO mais na UBS. A pandemia me deixou BEM desconfiada porque me senti completamente sem apoio. Não precisava ir na minha casa, mais podia ter ligado... a gente tinha um telefone comunitário... nem assim...” (usuária Simone).

Para tal, com o conceito de territorialização em saúde, Gondim e Monken (2018) propõem uma definição ampliada, almejando abranger a dinâmica espacial e social dos espaços e populações, de modo a superar a crítica de uma simples visão tecnicista e objetivante de um território físico, e sim as diversas características do território, de forma não estática e processual, desde as condições ambientais, passando pelas condições de vida, relações sociais, situação de saúde e o acesso aos serviços. Especificamente, deve-se olhar para o local como uma materialização do contexto sócio-histórico (incluindo dimensões econômicas, sociais, culturais e políticas), bem como estar atento às formas que a população se apropria daquele espaço.

Não obstante, ficou clara uma certa resistência das participantes em retomar a pandemia, isto é, relembrar fases de sofrimento durante a pandemia.

“Durante a pandemia, teve muito sofrimento. Uma parte desse sofrimento era por conta do isolamento e o medo de pegar a doença. O medo era tanto que algumas de nós chegamos a pensar que iríamos morrer ou ficar loucas. Eram muitas notícias ruins, de outros países, ou mesmo as notícias falsas” (usuária Samara).

Um dos recursos possíveis para lidar com tal situação foi ter o contato on-line com atividades de ginástica desenvolvidas pelas Organizações da Sociedade Civil (OSCs), bem como fazer cursos on-line. Dessa forma, foi possível manter uma forma de contato e de vínculo comunitário, os quais auxiliaram a lidar com os desafios do isolamento social. Entretanto, pode-se refletir que nem toda a comunidade teve acesso a tal recurso, por ser necessário ter um celular ou computador, bem como um espaço adequado para tal em domicílio.

Constatou-se, também, uma percepção de piora nas condições sociais, devido à perda de empregos e aumento da vulnerabilidade social. “Era gente passando mal e sendo encaminhada no Centro de Saúde, porque não tinha o que comer” (usuária Edwiges).

Por um lado, houve a adição do aumento da violência, tanto em termos de roubo quanto de violência doméstica, contra crianças e idosos. Por outro, surgiram iniciativas da própria comunidade para lidar com tais questões, como doação de alimentos, em trabalho articulado entre as instituições: OSCs e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). “As instituições auxiliaram muito com doações de alimentos... tinha um medo de passar fome e precisou que fosse feita uma certa ‘educação’ (risos) da população: as instituições fizeram que as doações constantes e todo mês” (usuária Helena).

Portanto, observou-se que, na pandemia, mesmo diante do distanciamento social, os usuários conseguiram manter a longitudinalidade das relações e reinventar formas de ação comunitária. Evidenciou-se uma preocupação (dos líderes comunitários) de fortalecer as potências da própria comunidade, da interação e apoio entre vizinhos.

Em suma, a pandemia provocou efeitos negativos na comunidade do território, tanto no pessoal quanto nas condições sociais. Porém, diante das dificuldades, surgiram novas formas de atuação das redes e organizações comunitárias, com forte presença das OSCs e serviços da Assistência Social. “Nessas ONGs, tem muita gentileza uma com a outra. Se tem alguém mais velha está quietinha, uma já vai perguntar: ‘você está passando bem?’ Uma trata a outra

bem. As profissionais (assistente social, professora) são um doce, um amor de pessoa. Elas acolhem a gente assim que nem fosse da família" (usuária Samara).

Sobre essa questão do direcionamento do cuidado para as ONGs, a usuária Ronilda apontou: "Seria interessante que o planejamento em saúde tivesse estratégias participativas, incluindo nossos líderes comunitários e outros representantes da comunidade nesse processo". Para além disso, foi mencionada a percepção de uma dificuldade dos médicos escolherem o bairro do Bom Retiro como local de trabalho:

> (...) ficamos sabendo que tem uma dificuldade dos médicos quererem trabalhar aqui no bairro. Tem uma falta de profissionais na UBS: apenas dois médicos para 4 equipes. Isso gerou piora na assistência, ao longo do tempo. Eu acredito que isso causa os casos de violência (tirando os "craqueiros") roubo no próprio serviço, ocorrências de agressões verbais a profissionais, além da própria marginalizaçãodo bairro (usuária Irma).

> (...) troca muito os médicos, e muitos médicos bons já foram embora. Isso desanima, porque você consegue marcar uma consulta, pede os exames, mas demora. Até os exames ficarem prontos é quase 6 meses. Aí, já mudou o médico e ele não sabe o que está acontecendo, fica meio perdido. Vira uma bola de neve: ele pede novos exames e demora ainda mais. Até marcar outra consulta, já foram quase dois anos (usuária Simone).

A rotatividade traz como consequência prejuízos à longitudinalidade, ao conhecimento do território e das necessidades de saúde, aos vínculos estabelecidos e à produção de saúde, em si (Brunello *et al.*, 2010). A demora para conseguir consultas, procedimentos e exames, bem como problemas interpessoais com alguns profissionais foram indicados como fatores que produzem reclamações na ouvidoria e distanciamento das usuárias da UBS, fazendo com que as dificuldades de fixação dos profissionais nos serviços piorem tanto a relação com a comunidade atendida quanto a atenção prestada, trazendo como consequência um afastamento ainda maior da população do referido equipamento de saúde.

Os profissionais de saúde, apesar de reconhecerem tal fragilidade, não conseguem implementar mudanças no processo de trabalho. De acordo com Rosa-Cómitre *et al.* (2023), isso está relacionado à sobrecarga de demanda de trabalho, precarização do modelo da APS e dificuldades de cogestão, produzindo desânimo e sensação de abandono nos trabalhadores da área da saúde.

A questão do acolhimento parece central para a discussão da participação social e comunitária, pois a comunidade atendida não tem

entendimento e não se adequa ao modelo proposto pelo serviço de saúde pública. Assim, constata-se uma falha no modelo e em sua concepção, que pouco envolveu a visão da comunidade. Cabe a pergunta suscitada por Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p. 50): “Seria possível alguma proposta alternativa que surgisse por uma construção conjunta, que se leva em consideração os desejos, necessidades e interesses dos diferentes atores envolvidos no processo (gestão, profissionais e usuários)”?

Passada a fase mais aguda da pandemia, como um efeito desse cenário, parece ter permanecido o desafio de retomar as atividades coletivas. Segundo a gestora da unidade básica, houve “aumento do imediatismo da população pelos atendimentos”, associado ao maior adoecimento da população pela demanda reprimida, casos de saúde mental e pediatria, com equipe insuficiente para tal. Por fim, uma profissional comentou sobre a baixa adesão aos atendimentos preventivos. Como hipótese para explicar tal percepção, Farias, Castro Santos e Alvarez (2023) apontaram que a pandemia intensificou um modelo de cuidado mais imediatista e pontual de atendimentos, principalmente a demanda espontânea, indo contra os princípios da longitudinalidade do cuidado e da clínica ampliada.

Em síntese, a pandemia de covid-19 alterou o fluxo de atendimento e o modelo de cuidado prestado na UBS, atuando como um agente desmobilizador dos processos de vinculação, aumentando, assim, os conflitos entre profissionais e usuários. Nesse sentido, não houve o aproveitamento, o potencial da territorialização e o cuidado comunitário. Houve fragilização na função dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), causando um distanciamento entre o serviço de saúde e o usuário, bem como as redes comunitárias existentes. Até o momento da coleta de dados do presente estudo, ainda havia efeitos desse cenário no modelo de atenção da UBS.

a) Análise geral dos temas e discussão

Desafios nas condições de vida dos usuários da UBS e seu impacto na saúde mental durante a pandemia de covid-19

As ações de saúde da atenção primária exigem que os profissionais conheçam a realidade do territóriono no que tange às famílias, seus hábitos e as questões de saúde que acometem aquela comunidade. Os grupos vulnerabilizados

enfrentaram os maiores riscos sanitários, econômicos e sociais no contexto da pandemia da covid-19 (Ribeiro *et al.*, 2021).

O contexto pandêmico exigiu um olhar cuidadoso sobre a doença, bem como sobre as demandas sociais da população. A Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo a porta de entrada do SUS, teve uma importância fundamental no processo de cuidado da população. Portanto, faz-se imprescindível ter um olhar dinâmico sobre as situações socioeconômicas, não somente naquele momento, mas também no pós-covid.

Na crise sanitária provocada pela pandemia, vista para além dos aspectos biológicos, percebeu-se as desigualdades socioeconômicas que impactaram a situação de saúde da população. Os segmentos sociais vulneráveis foram os mais afetados, em especial, na atenção à saúde (Coelho *et al.*, 2020), pois, sujeitos ao desemprego involuntário, expuseram-e mais aos riscos e à experiência de sofrimento social (Vieira; Benevides, 2022), que requer do indivíduo a compreensão das percepções de uma dada realidade vulnerável, que abrange um novo modo de sentir, e, por essa razão, as expressões das emoções ficam intensificadas, tanto no individual quanto no coletivo.

A dimensão da saúde é considerada um importante componente das condições de vida da população. A efetividade das políticas de saúde nem sempre acontece no ritmo das necessidades da população, principalmente pela falta dos recursos financeiros. Observou-se melhorias no acesso da população aos serviços de saúde do município, decorrentes da ampliação das Equipes de Saúde da Família (ESF). Porém, os investimentos foram interrompidos após o ano de 2014, pelo Governo Federal, devido aos ajustes fiscais terem efetuado cortes nos repasses de verbas aos municípios (Castro, 2019). Ademais, a demanda adicional gerada pela covid-19 aumentou a pressão sobre o SUS, principalmente frente ao índice de mortalidade brasileira (Ribeiro *et al.*, 2021).

Os grupos mais vulneráveis enfrentaram maiores riscos econômicos, sanitários e sociais durante a pandemia. As condições de moradia de uma parcela da população brasileira constituíram-se como limitações sociais à adoção das medidas de higiene essenciais para evitar os riscos de contaminações virais. A pandemia, por sua vez, aumentou a vulnerabilidade socioeconômica da população e escancarou as desigualdades e iniquidades sociais no Brasil (Castro, 2020; Bitencourt & Andrade, 2021).

“Em relação ao financeiro, continuei trabalhando, pegando de três a quatro conduções por dia. O patrão em casa e a gente com o risco de morrer” (usuária Irma). “Nossa, muito desemprego... muito desemprego aqui no bairro, nem só a família da gente, como a família do Brasil” (usuária Samara). “(...) eu fiquei sem trabalhar, só tinha mãe para sustentar a casa, da pensão dela, aí foi meio complicado” (usuária Simone).

As entrevistadas destacaram uma piora das condições de vida com a falta de recursos para sobreviverem, o que afetou diretamente suas condições de saúde, apresentando um estado emocional abalado pelo estresse, medo e pânico.

> (...) imagina... eu com filhos pequenos, tenho três, meu marido desempregado. Eu tinha que, além de fazer faxina ir fazer doces pra vender na casa da vizinha. Como se proteger? Eu via aquele monte de morte pela televisão e ficava esperando a minha vez (usuária Romilda).

“(...) tinha que trabalhar, né? Com medo, mas fazer o que? Chegava na casa da patroa e ela trabalhando de casa... olha... era muita humilhação, viu?” (usuária Edwiges). Outro aspecto a ser ressaltado: independentemente das condições de vida, viu-se que o território de saúde era composto de realidades sociais distintas, mas que todos tiveram o SUS como referência para o cuidado em saúde no momento pandêmico.

Foi da experiência do adoecer, conformada nas trajetórias de adoecimento e nos trajetos percorridos em busca de diferentes fontes de cuidado, que emergiram narrativas abaladas pelo sofrimento da enfermidade, contendo suas experiências de doença, representações, descrições de sentimentos e comportamentos em meio ao caos pandêmico. “(...) eu tive covid. Não precisei ficar internada. Eles aqui do postinho ligavam todo dia, para cuidar. Entendeu? E foi acompanhando até eu sair dos quinze dias” (usuária Ronilda).

> (...) a minha mãe teve covid e ela foi para o hospital. Graças a Deus, voltou intubada, mas ela ficou internada, mas ela se salvou. Hoje ela tem sequela, mas se não fosse o corre do pessoal da saúde, do posto, da UBS, do próprio hospital que ela ficou, acho que ela teria morrido (usuária Simone).

> (...) nossa foi um pesadelo. Meu pai passou muito mal de covid. Teve uma falta de ar horrorosa. Os hospitais lotados, mas um ajudava o outro. Todo mundo tava no mesmo barco, né? A equipe de saúde realmente salvaram vidas na pandemia (usuária Irma).

Ao descortinar as desigualdades, a pandemia acabou por pressionar respostas mais equânimes das políticas sociais e de saúde. O reconhecimento dos determinantes sociais indicou a necessidade de redesenhar a prestação de serviços de saúde, com igualdade e justiça social. Em uma análise de competência estrutural dos sistemas de saúde, faz-se fundamental reconhecer que saúde e doença são do campo da política, e que, sem fortalecer as redes sociais e apoiar as comunidades, não se produzirá equidade estrutural, necessária para reduzir desigualdades e vulnerabilidades (Ran *et al*., 2020).

Por essa razão, em nome da saúde pública, com base na ciência, tendo em vista as características do sistema de saúde, foi preciso renúncia de parte das liberdades de ir, vir e agir dos cidadãos. De fato, fácil aceitar essa condição não foi tarefa fácil. A proteção sanitária da população colidiu frontalmente com a ideologia liberal, segundo a qual nada nos indivíduos está subordinado ao interesse público. Ainda que esse interesse se refira ao controle sanitário de uma pandemia.

> (...) não podia ir a nenhum um aniversário: de uma amiga, um parente, convidar pra ir pro aniversário, não poder ir, foi difícil porque, principalmente, falando da minha família, nós costumamos estar sempre juntos, mesmo alguns morando fora do bairro, a gente sempre se encontra, e foi muito difícil (usuária Samara).

"(...) nossa fiquei revoltadíssima, porque, né, não podia mais nada, não podia estar na rua. O Brás fechando... pra mim foi meio revoltante" (usuária Simone). "(...) ficar em casa praticamente sem fazer nada, você fica muito estressada, o papel mais difícil foi esse" (usuária Edwiges). Para além disso, o medo da pandemia e o desconhecimento da abrangência da doença, as informações distorcidas e a tensão, evidente nas narrativas disseminadas na sociedade, por um lado, negando a ciência, atribuindo à doença ignificados como "gripezinha". Por outro, afirmando a ciência como base das orientações dadas à população para se prevenir da doença e seguir protocolos de cuidado, trouxeram sensações de incerteza sobre o destino dos moradores do bairro do Bom Retiro. "Nossa, era tudo tão bagunçado no começo... meu zap vivia com notícias de ora põe máscara, ora tira máscara. No início fiquei desacreditada que fosse verdade. Até perder minha cunhada!" (usuária Ronilda).

> (...) sabe, vou confessar... desobedeci tudo no começo. A gente ligava a televisão e era vai morrer...depois é só uma gripezinha...aí era isso é golpe das farmácias... Até que eu descobri um bar que abria escondido. Eu ia para aquele bar, aí eu bebia lá dentro do bar e depois saia...era apenas uma cerveja, você entende?... foi aqui na UBS que me deram a informação que se eu saísse de casa eu poderia infectar e matar minha família. Daí eu acreditei (usuária Helena).

Percebeu-se que o excesso de informações ou *fake news* disseminadas nas redes sociais, durante a pandemia, deixou a população confusa e impactou de maneira negativa a vida e a rotina da sociedade (Marques, 2020). As notícias falsas que foram sendo compartilhadas, por vezes, contrariavam as orientações de autoridades sanitárias e minimizavam os efeitos da doença, contribuindo para condutas inapropriadas e exposições a riscos desnecessários, impactando, dessa forma, no número de infectados pela doença (Soares; Peduzzi; Costa, 2020), além de causar estresse nos indivíduos, que decorria dessas incertezas com relação à crise sanitária.

Nesse sentido, as mídias conceberam e elaboraram retoricamente as notícias que envolviam contingências de risco, resultando em alarmes desnecessários, de modo descontextualizado (Rangel, 2022). Uma das participantes destacou o papel dos veículos de comunicação e das redes sociais na produção e disseminação de informações sobre a pandemia e sobre como seguir os protocolos de cuidado, embora, na época, tenha duvidado que a sociedade tivesse ciência de como se prevenir da covid-19 e seguir as orientações, entendendo que isso deveria ter sido feito pelo “presidente, os órgãos públicos que cuidam da gente... eles que tinham que levar a notícia para todo mundo” (usuária Helena)., pois, em dado momento, as informações começaram a gerar pânico: “o turbilhão de informações, nas mídias sociais, a questão do sistema de saúde de São Paulo, também todas as informações que a gente recebia, a gente ficou em pânico, né” (usuária Ronilda).

As narrativas também apontaram que as percepções e os sentidos das experiências sobre o isolamento social, durante a pandemia, afetaram o estado psicológico da população, pois houve uma mudança na rotina do convívio social e dos espaços de sociabilidade. Precisou-se ressignificar as relações entre o “novo modo de viver”, afetando os modos de significar o outro, as emoções e a saúde mental, conforme complementou a participante Edwiges: “até a gente se acostumar com essa doença foi tudo muito chato. Era um tal de não ver a cara do outro por causa das máscaras. Querer abraçar as pessoas e todo mundo com medo de todo

mundo. Minha filha não deixava eu ficar com as crianças. Medo e medo de morrer que eu acho que era o pior de tudo" (usuária Edwiges).

Havia uma consciência dos riscos de contaminação. Por essa razão, houve uma cooperação, a contragosto, de evitar a aglomeração: "isolamento, tinha que ter, né?(usuária Samara); "o isolamento foi uma forma da gente se proteger, a gente tinha que fazer" (usuária Simone). Mesmo no âmbito familiar, os termos usados para expressar esse momento, tais como "ruim" (usuária Helena), "chato" (usuária Edwiges) e "pânico" (usuária Simone), mostram que houve um sofrimento psicoemocional com relação a essa medida de proteção.

As informações disseminadas pelas mídias e mídias digitais promoveram ansiedade, medo e pânico na população, contribuindo para medos generalizados instalados, causados pela limitação da liberdade (Burki, 2020). As participantes consideraram a pandemia um evento "ruim" (usuária Irma), "anormal" (usuária Samara) e com forte impacto negativo em suas emoções e saúde mental.

Tal percepção foi substantivada, recorrentemente, em palavras como "tristeza", "ansiedade", "medo" e "angústia". Na visão das participantes, as medidas sanitárias adotadas, entre as quais o isolamento social, e a vulnerabilidade socioeconômica das famílias mais pobres causaram uma sensação de incerteza quanto ao futuro e à própria vida: "foi a incerteza de um tempo sem fim" (usuária Helena).

A experiência de sofrimento social, os efeitos sociais produzidos e os sentidos narrados sobre esse contexto de adoecimento, cuidado e superação da dor tornam-se relevantes em situação sofrimento psicoemocional (Azevedo *et al.*, 2023), constituindo o nexo de sentido das narrativas e impactando outros aspectos da vida e das relações. Essa liberdade foi vivida na angústia, porém testemunhada na própria experiência e percepções dos indivíduos sobre a sua saúde mental. A sensação de angústia no período pandêmico decorreu da incerteza e das dificuldades de acesso ao sistema de serviço de saúde.

A realidade vivida por cada uma, indistintamente, associou-se às condições de vida e saúde da população. Vizinhos, amigos, parentes foram contaminados pela covid-19, alguns assintomáticos, outros não. As incertezas e os medos impactaram as emoções das participantes, principalmente o medo de necessitarem passar por consulta na UBS com algum tipo de disfunção no quadro

respiratório e serem encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para intubação.

Existiu, também, o pânico pela possibilidade de intubação traqueal de um parente, pois, relacionou o procedimento ao medo de perdê-lo para a doença: “(...) eu tinha medo, muito de intubar, mas quando a gente pensava em alguém da nossa família, a gente ficava mais com pânico” (usuária Samara). “(...) uns parentes próximos, um tio que anda na rua, vai e vem, (isso) gerou um pouco de medo” (usuária Irma).

A produção do medo influenciava as práticas sociais da população, que não queria entrar nas estatísticas de morte da pandemia. A mensagem sobre a pandemia remetia aos prejuízos de ficar doente e de morrer. Por essa razão, houve mudanças nos valores, nas relações familiares e nos seus modos de sociabilidade. “(...) o primeiro impacto foi um choque, né? Todo mundo em casa, e aí rolou estresse (um pouco de riso). Depois veio um fator emocional, né? Todo aquele pânico, com aquele monte de informação!” (usuária Samara).

Percebe-se que o relato das usuárias apontam para uma sequência de comportamentos psicológicos no contexto familiar, tais como estresse (por ficar em casa), pânico (causado pelas informações), mas, também, resiliência e cuidado um com o outro. Porém, esse “novo modo de viver” acarretou sofrimento, demandando exigências emocionais nas usuárias, pelas incertezas futuras: “modificou, e muito, para pior, de sofrimento para dores, até hoje eu não sou a pessoa que eu era. Tenho a minha alegria, mas dentro de mim eu tenho aquela parte de tristeza” (usuária Helena); “(...) a gente foi se adequando, né? A um novo modo de viver, né? O fato de mudar a rotina, também isso afetou o psicológico” (usuária Edwiges).

Essas medidas tiveram como consequência a redução dos vínculos sociais, emergindo sentimentos de solidão, medo, tédio e sensações de vazio, bem como o aumento de episódios depressivos, transtornos de ansiedade e ideação suicida (Moreira, 2021). A propaganda sanitária produziu dois comportamentos contraditórios: a resistência e a adesão. A comunicação nem sempre altera o comportamento de todos. Para tal, faz-se necessário levar em consideração: as crenças, os valores e o modo de significar a saúde e a doença no contexto cultural, interferindo na adoção de novos e na forma como os indivíduos irão lidar com o processo saúde-doença-cuidado.

Entretanto, houve uma preocupação, por parte de alguns, com o afrouxamento dos cuidados. Para a usuária Ronilda, “a comunidade aqui resistiu em seguir os protocolos de cuidados, e as autoridades precisavam ser mais firmes, porque o afrouxamento na comunidade e a falta do presidente do nosso país ajudou as pessoas daqui a terem comportamentos inadequados. Eu acho!”.

Porém, a resiliência e a empatia foram determinantes para o acolhimento das sensações de medo e pânico entre as participantes, familiares, vizinhos e amigos. Segundo a usuária Simone, houve mudanças no âmbito familiar, com aumento da proximidade entre casais e da solidariedade entre seus membros, repercutindo positivamente nas relações familiares, como ela aponta: “(...) melhorou o relacionamento, eu gostei de estar mais próximo do meu marido e de poder conversar mais com ele, de vários assuntos”. “Dentro da minha família, a gente conseguiu um dar as mãos para o outro e tentar manter um equilíbrio. Quando a gente via um ânimo acelerar um pouquinho, a gente ia lá e conversava, desacelerava” (usuária Samara).

Para além do âmbito familiar, estavam os amigos e, também, as pessoas desconhecidas. A empatia e a solidariedade para com esses indivíduos foram expressões recorrentes nas falas das entrevistadas: “(...) muitas vezes não foi com a minha família, mas foi com a família de outros amigos ou de outras pessoas, independentemente de serem conhecidas ou não. Então, é aquela hora que a gente sentia a dor do outro” (usuária Ronilda); “(...) eu não podia abraçar, mas eu mandava muitas, muitas mensagens por zap para as pessoas. Palavras de carinho. Isso ajudava muito, sabe?” (usuária Edwiges).

Para as participantes, com a chegada da vacina, imaginaram que amenizaria essa sensação de medo e desesperança: “(...) com a vacina veio a sensação de mudança” (usuária Helena). O discurso em favor da vacina e a sensação de normalidade com o avanço na produção da vacina e a volta à vida normal se associaram à melhoria do sofrimento psicoemocional das participantes: “na época eu pensei ‘com o avanço da vacina, graças a Deus, está voltando ao normal’” (usuária Samara); “(...) foi ficando tudo mais tranquilo com as ideias da vacina e a gente foi ficando um pouco mais calma” (usuária Simone).

Porém, houve a percepção delas com relação à resistência do Governo Federal na implementação de planos de contenção. De acordo com a usuária Edwiges, “a demora em relação à vacina... e esses remédios também, os governos,

essas donas de... fábricas de remédio, esses kits covid, muitos era falso, não tinha nada a ver com a covid. Faltou mais empenho... da equipe multidisciplinar do Governo Federal, a saúde. O nosso grupo aqui, a UBS, todo mundo ali, pede a vacina, demorando muito".

Destaca-se que o ambiente de tensão entre aqueles que negavam a eficácia da vacina não se apresentou nas participantes entrevistas, e sim a defesa da longa tradição de imunização em massa no Brasil contra inúmeras doenças. Observou-se também a expressão de emoções que sugerem a necessidade de cuidado da saúde mental e a percepção de que a equipe multidisciplinar da UBS teve um importante papel no enfretamento da pandemia.

Ante o exposto, essa temática permitiu conhecer os sentidos e significados atribuídos pelas usuárias da referida UBS ao momento pandêmico. Suas histórias e percepções revelaram importantes elementos que marcaram suas vidas na pandemia de covid-19. Ouvi-las tornou-se possível à pesquisadora acessar as experiências e as contradições dos discursos, o sofrimento social e as desigualdades e iniquidades sociais, bem como aclarar as contradições socioeconômicas e as vulnerabilidades que atingiram a maior parte da população do Bom Retiro, sendo um bairro bem mais exposto aos riscos sanitários, no qual as condições de moradia impuseram limitações à adoção de medidas de higiene essenciais para evitar as contaminações virais.

Abordou-se, nesta temática, os principais fatores que influenciaram a saúde mental dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante o período de crise sanitária sem precedentes. A pandemia de covid-19, como pudemos observar no relato das participantes, trouxe à tona desafios intensificados pelas condições de vida precárias, afetando diretamente o bem-estar psicológico dos indivíduos que dependiam do sistema de saúde pública.

As condições de vida precárias, tais como a falta de recursos financeiros, insegurança alimentar e moradias inadequadas, tornaram-se agravantes durante a pandemia, influenciando, dessa forma, a experiência emocional dos usuários/pacientes, contribuindo para o aumento dos níveis de estresse, ansiedade e outros problemas de saúde mental. Compreender esses desafios fez-se fundamental para analisar o impacto da pandemia no contexto da UBS.

As condições de vida adversas podem exacerbar o sofrimento emocional, tornando essencial que a elaboração de um protocolo psicológico que considere

essas questões, pensando na inclusão de estratégias específicas para lidar com as dificuldades socioeconômicas que afetam a saúde mental dos usuários do equipamento, contribuindo para um cuidado mais integral e humanizado, promovendo saúde mental e o bem-estar deles de maneira mais efetiva.

As particularidades do processo de luto pela covid-19 vivenciadas pelas usuárias da UBS: a dor da perda

Morrer pela doença covid-19 constitui um processo acompanhado pelo medo. Durante a pandemia, a morte implicou desafios adicionais às angústias comuns a todos processos de luto, dificultando a vivência de um luto saudável (Aguiar *et al.*, 2020).

Os fatores que diferenciaram o processo de perda usual da perda no contexto pandêmico puderam ser observados na hospitalização dos familiares, pois houve a necessidade de precauções para evitar o contágio da doença, ocasionando as separações abruptas do familiar infectado. Essa questão foi vivenciada de forma traumática tanto pelos pacientes quanto por suas famílias, uma vez que, segundo Aguiar *et al.* (2020), foi acompanhada de um alto nível de solidão, desespero e incertezas.

A impossibilidade de ajudar ou cuidar do familiar infectado durante a internação, aliada às dificuldades no acesso às informações sobre o estado de saúde, foi gerador de sentimento de impotência. O estresse oriundo da preocupação e angústia refletiu-se nas vivências das participantes desta pesquisa, sendo um fator comum entre as participantes: “(...) eu tive que sair da sala e ela ficava segurando na minha mão [e dizia], ‘não me deixa sozinha’, aí eu falava: ‘se eu pudesse eu não ia sair daqui eu só ia sair daqui com você, mas eu não posso ficar’” (usuária Ronilda); “(...) porque a gente não tinha contato com meu patrão, era só com os médicos e eles passavam informações super rasas, a gente não sabia como é que ele tava, se ele tava se alimentando, a gente não conseguia essa informação no hospital que ele se encontrava” (usuária Samara).

Observa-se que o contexto da internação em que ocorreu a perda do ente querido fugia das expectativas usuais, representada nas falas das participantes. Nesse sentido, frente ao risco de luto complicado, não houve, pelo caos instaurado

no início da pandemia, estratégias promotoras de resiliência, tais como buscar oferecer acolhimento e orientações adequadas aos familiares. Trechos das falas das participantes apontaram tanto a falta de clareza quanto algumas incoerências no repasse de informações pela equipe hospitalar durante a internação.

> (...) internaram a minha amiga de novo... e eu tavaachando estranho porque tudo que a gente ia fazer, as enfermeiras acompanhavam a gente sabe? aí teve uma hora que eu cheguei até perto da enfermeira e falei “cê acha que ela vai ficar bem?”, “ela vai, vai sim”, mas eusentia no meu coração que não, né? dia dois de julho eu cheguei lá na casa ... era do hospital falando que o médico queria falar comigo, e... eu fui pra lá, não levei nem dez minutos... aí eu cheguei, perguntei num lugar, mandaram eu ir no outro, aí fui no outro e falaram que tava trocando plantão e aí demorou uma hora e quarenta e cinco pra eles me darem a notícia que a minha amiga tinha falecido (usuária Irma).

> (...) então foi bem difícil, vai lá, levou a pessoa viva e recebeu um saco de roupa, nem isso eu recebi, eu não recebi nem a roupa do meu primo, simplesmente me falaram que tinham jogado fora porque tava contaminada. Nem a bíblia que ele mais amava, que ele me pediu tanto pra levar pra ele, eles não me entregaram porque eles disseque tava contaminado, então eu simplesmente recebi... é... três folhinhas... que foram as três folhinhas marcando que tinha vindo a óbito, só isso (usuária Helena).

As narrativas apontaram que a hospitalização constituiu um momento em que as famílias se sentiram duplamente impotentes: tanto pela impossibilidade de estarem com o seu ente quanto pelo sentimento de desamparo devido à falta de informações. Dessa forma, a perda foi acompanhada por sentimento de indignação e revolta, dado que as falhas na comunicação acentuaram a sensação de distanciamento dos familiares frente ao processo de internação e morte dos seus amados, e trazendo dúvidas com relação ao que ocorreu durante a internação, acentuando os sentimentos de culpa pelo abandono do familiar enfermo.

Por outro lado, o seguinte trecho traz a vivência de uma participante que não passou pela separação gerada pela hospitalização, porém perdeu o amigo em casa, após alta hospitalar e, por essa razão, acompanhou seu sofrimento enquanto aguardava a chegada do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU): “(...) ver meu amigo querido tirado de casa, da forma como foi né, e sem a despedida como ele desejava, porque ele esperava que o momento final dele fosse cheio de gente e que todo mundo iria tá lá e... como a gente sabe foi tudo ao contrário, né, então assim, cria um trauma na gente” (usuária Simone).

A experiência relatada, embora divergente quanto à perda no contexto da hospitalização trazida por outras participantes, aponta para uma perda repentina e inesperada, além do sofrimento da usuária ao presenciar a morte do amigo, sem a oportunidade da despedida, o que influencia de maneira negativa no processo de luto, sendo fator de risco para o luto complicado.

Lisbôa e Crepaldi (2003) salientaram que a possibilidade de a família acompanhar o processo de adoecimento faz-se importante por tornar possível as despedidas, nas quais ocorre um resgate das relações. Os autores afirmaram que tais momentos auxiliam os familiares na elaboração do luto, uma vez que proporcionam alívio da culpa e de outros sentimentos negativos. Por essa razão, a morte repentina pela covid-19, mesmo aquelas que ocorreram nas residências, impossibilitaram que houvesse um momento de redefinições de relacionamentos e resolução de questões pendentes, pois o doente estava em isolamento dos demais.

Para além dessas questões, segundo estudos de Morris, Moment e Thomas (2020), a realização de rotinas e rituais como velórios e funerais durante pandemia se complexificou frente às medidas de isolamento social, dificultando que os enlutados pudessem vivenciar esses momentos de despedida e serem acolhidos por suas redes de apoio. As participantes relataram um grande sofrimento ligado à falta de uma última despedida de seu familiar, além da frustração pela impossibilidade de realizar um velório como seu ente querido desejava: “A minha vizinha sempre foi uma pessoa que todo mundo gostava muito dela ... e ela sempre falava assim “quando eu morrer aquele cemitério vai ser pequeno de tanta gente... que vai vim me dá o último adeus” e ela não pôde ter isso” (usuária Irma).

> (...) quando eu resolvi todos os papel lá no cemitério eu saí daquele escritório... eu sentei naquele chão e eu só ficava pensando “meu primo foi embora”, “como assim?! como queeu não vou poder colocar um terço na mão dele? Não vou poder beijar a mão dele?! A cabeça dele?eu já tinha sentido muito de não poder ter ficado no hospital (usuária Edwiges).

Worden (2013) compreendeu o processo de luto como a experiência subjetiva da perda e, a partir disso, desenvolveu o aconselhamento do luto, trabalho que está pautado na realização de quatro tarefas do luto, possibilitando um papel mais ativo do enlutado no seu processo.

O objetivo do aconselhamento do luto, segundo o autor (Worden, 2013), foi contribuir para a adaptação do enlutado a uma perda significativa a partir de

resoluções das questões emocionais envolvidas em cada tarefa, descritas no capítulo um desta pesquisa. Portanto, o enlutado pela covid-19, pelas dificuldades enfrentadas pela forma como se deu a morte no início da pandemia, apresentará dificuldades em alcançar o comportamento adaptativo frente à perda, podendo não progredir nas tarefas do luto, proposta pelo autor; e, por essa razão, estarem mais propensos a vivenciar um luto complicado (Worden, 2013).

Segundo Worden (2013), a cerimônia fúnebre tem um caráter de importância, para que o enlutado compreenda intelectualmente e emocionalmente a irreversibilidade da morte ao longo da primeira etapa do luto. A realização da despedida e a possibilidade de visualizar o corpo da pessoa falecida, que ajuda no processo de entendimento do fato (real) da morte, não foi possível no contexto pandêmico, em razão das medidas sanitárias impostas como forma de proteção à contaminação.

Quando esse primeiro momento de contato com a morte não se completa, o enlutado, em resultado a tal situação, passa a não compreender a morte como um evento concreto e irreversível, ocorrendo a negação da perda. Um exemplo trazido pelo autor (Worden, 2013) de distorção da realidade são situações em que a pessoa em situação de luto confunde a aparência física de outras pessoas com o ente querido morto. Como exemplifica a situação vivenciada por uma participante: “(...) eu vi uma foto de uma moça que tinha desmaiado na rua e era uma moça bonita, né, e eu olhei assim parecia muito a minha cunhada e eu fiquei assim... meu... será? Aí eu fiquei olhando assim, mexi, ampliei, aí eu falei, não, não é... e assim, é... me dói, me rasga o coração assim, toda essa dor todo dia” (usuária Ronilda).

Os sonhos com o ente querido morto geralmente acompanham o processo de luto. As narrativas trazidas pelas participantes acerca dos sonhos com a pessoa que faleceu, apontam para essas sofridas vivências geradas pela impossibilidade de visualizar e/ou reconhecer o corpo do familiar.

> (...) eu sonhei com ele e eu segurava forte a mão dele, eu falei eu não vou largar ele agora né, ele falando comigo assim “Samara, eu tô bem”, eu segurava assim o braço dele ... eu falava “cadê a falta de ar?” e ele falava “onde eu tô não tem nada disso, eu não, lá não tem sofrimento, Deus não falou com você? Eu tô nesse lugar que não tem sofrimento, não tem nada”, só que assim eu não, eu não conseguia pensar atenção no que ela tava falando, eu só segurava o braço dele e falava “eu não vou tirar, eu não vou deixar ele ir (usuária Samara).

“(...) e um dia desses eu sonhei que eletava vivo, encontrava com ele e que... [chora] eu dizia justamente isso “a gente tinha dúvida que era você que tinha morrido, né” [choro] e.... “e... e agora eu sei que realmente não foi você” (usuária Simone). Para Kovács (1992), a morte, quando acometida de forma brusca e inesperada, possui grande potencial para gerar desorganização, paralisação e sentimento de impotência no enlutado. Boss (1998) aborda um fenômeno denominado “ambiguidade de fronteira”, que consiste na perda ambígua de um familiar, ou seja, a falta de clareza com relação à perda do familiar gera uma confusão para compreender quem está dentro ou fora do seu sistema psíquico.

A impossibilidade de acompanhar seus entes durante a internação e de realizar o ritual fúnebre geraram dúvidas nos enlutados. O fato de não saberem o que iria acontecer com seu familiar, como ocorreu o período de internação, os últimos momentos de vida e até mesmo a dúvida quanto à liberação do corpo trouxeram a sensação de incerteza e ambiguidade quanto à perda.

A partir de Boss (1998), é possível compreender que a perda familiar devido à covid-19 se configura como uma perda ambígua. A perda gera um paradoxo, pois a ausência física não é convertida em ausência psíquica. Embora o objeto esteja ausente na dimensão social, a dor decorrente das lacunas e a falta de explicações dificultam a assimilação psíquica da ausência e a ressignificação da perda.

Por essa razão, o processo ambíguo da perda assemelha-se à dinâmica melancólica descrita por Freud (1917; 2010), em que o objeto perdido é incorporado ao próprio Eu do enlutado, prolongando o seu estado de luto, dificultando, dessa forma, a sua elaboração. As diferentes interrogações que circundam a perda parecem dificultar a travessia e assimilação da ausência do objeto perdido, ocasionando um luto complicado, pois a pessoa em situação de luto entra em uma desorganização prolongada, que a impede de retomar suas atividades com a mesma qualidade anterior à perda.

Considerando todas as implicações decorrentes da pandemia do novo coronavírus, os efeitos sociais resultantes da crise ultrapassam as questões individuais e incluem também aspectos sociais e políticos, que afetam diretamente o processo de luto. Durante o período de pandemia no Brasil, foi constante a discussão sobre o suposto impasse de “salvar vidas ou a economia”. Schramm *et al.* (2020) relatam que, diante do dilema explícito, seria impossível ter uma escolha,

pois a qualidade de vida necessita da produção de bens e serviços, e, para o seu sustento, a produção de bens necessita de consumidores.

Entre as participantes, essa questão não foi diferente, todas tiveram que dar sequência às suas vidas, assumindo novas responsabilidades, conforme o relato de Edwiges: “(...) então assim, eu tive que ter uma força que ele teria naquele momento, tanto no enterro dele eu tive que ser uma força, porque eu vi a minha irmã e minha mãe muito mal, muito mal... eu não pude viver esse luto digamos assim. Porque precisei trabalhar, se não a gente não come, então eu não pude viver o meu luto”.

Entender a ideia de defesa da economia, mesmo que isso inclua sacrifícios humanos, segundo Caponi (2020), requereu lembrar que as políticas neoliberais não afetam apenas o consumo, mas moldam a identidade dos indivíduos. No entanto, a pandemia expôs a fragilidade da lógica neoliberal centrada no mérito e no sucesso. Além do relato de Edwiges, Helena também compartilha a dificuldade de voltar ao trabalho após a perda. Como profissional de faxina, ela não pôde interromper suas atividades e teve de retornar à rotina laboral poucos dias depois: “Então para mim foi bem difícil, o coração acelerava, eu passava mal a maioria do tempo. Mas eu tinha que continuar pagando minhas contas. Era aquela coisa de ‘engole o choro’”.

Os relatos das participantes evidenciam que a dinâmica trabalhista naturalizada no Brasil impôs pressões aos trabalhadores para um retorno às atividades laborais independentemente da realidade pandêmica externa ou do seu próprio estado de saúde física e mental. Assim, mais uma vez, foi negado aos enlutados a possibilidade de vivenciar a dor da perda, sendo o luto suprimido por um sistema econômico que desconsiderou o sofrimento deles.

Outra particularidade mencionada pelas participantes foi o crescimento do negacionismo social e das *fake news,* que tentavam amenizar os danos causados pelo vírus, ou mesmo questionando sua existência. O negacionismo é um fenômeno complexo, diverso e heterogêneo e, em tempos de pandemia, esteve associado à minimização da gravidade do vírus e à desconsideração do conhecimento científico (Morel, 2021). Nos relatos das participantes, observou-se que as práticas resultantes do negacionismo causaram dor e indignação, gerando reações como ódio e revolta diante de atitudes e comportamentos que negavam a ação do vírus:

> Eu via uma pessoa sem máscara na rua e eu ficava com ódio, ficava brava, irritada, eu tinha vontade... de vez em quando eu até parava e falava moço coloca a máscara, meu patrão morreu disso sabe, morreu em cinco dias, estava super saudável eu falo, estava super bem e de repente a pessoa ficava impressionada e colocava a máscara (usuária Samara).

Farias, Castro Santos e Alvarez (2022) afirmaram que a realidade do indivíduo é atingida por um negacionismo instituído, perpassando a disseminação da *fake news*, oriundas da máquina estatal, até a consideração de uma falsa gravidade com relação à pandemia. Como produto do negacionismo social, os familiares enlutados sentiram revolta perante a atitude das pessoas, não compreendendo o porquê de agirem como "se nada estivesse acontecendo" (usuária Irma), sentindo a perda de seu ente querido minimizada pelas atitudes e comportamentos da falta de empatia dos indivíduos e do próprio Estado.

> Eu não sei, eu não consigo entender as pessoas não entenderam o momento que a gente viveu, né? Eu não sei se rebelaram e acharam que não pode chegar na família deles. Eu não consegui entender,mas eu acredito que todo mundo tinha que parar para analisar e se colocar no lugar de alguém que já perdeu um parente ou alguém muito próximo por isso, porque as coisas ficaram muito descrentes, né? (usuária Ronilda).

Vivenciar o processo de perda, sem ter um espaço para expressar a tristeza e a dor, gera consequências para o enlutado, entre elas, uma maior possibilidade de adoecimento físico e psicológico (Kovács, 2003) e o luto não reconhecido (Doka, 1989), no qual o enlutado tem vedada a oportunidade de vivenciar seu luto pela falta de empatia social a sua perda; e, com o não reconhecimento, a pessoa em situação de luto não terá aceitação e suporte adequado, vivenciando o fracasso do ambiente social, resultando em um processo de luto com a presença dos sentimentos de alienação e solidão (Casellato, 2015).

"Eu acho que a sociedade impediu, eu acho que impediu, acho que tinha que debater mais isso, a gente perdendo pessoas que amamos e as pessoas falando que não existia covid, né, fazia falta um grupo para poder falar tuas angústias, para tentar ajudar, sobre o luto ruim que passamos acho que não tem, né?" (usuária Helena). "A gente ligava a televisão e via as pessoas levando no ar de deboche aquele monte de vala aberta. Poxa... eu tinha acabado de perder minha amiga querida" (usuária Irma).

Nos relatos das participantes, percebe-se que a sociedade não se mostrou empática frente ao luto durante a pandemia, pelo menos não o suficiente

para legitimar o sofrimento como real, “como intenso e desafiador” (usuária Simone). Frente à perda de seus entes queridos, as participantes demonstraram reações comuns entre si. Todas descreveram sofrimento intenso, com reações chorosas, medo de ficarem,doentes e morrer pela covid-19, vazio, angústia, tremores, dificuldade para se alimentar e dormir.

A maioria de sentimentos e comportamentos que envolvem o processo de luto e a maneira de lidar com a perda estavam presentes, tais como sentimentos, sensações físicas, questões cognitivas e comportamentais, dentre elas, tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, desamparo, saudade, confusão, preocupação, sensação de presença, alucinações e choro (Worden, 2013). Porém, o entorpecimento, ansiedade de separação, culpa, raiva e depressão foram reações apresentadas em nível elevado, apontando para possíveis complicações no processo de luto delas.

Ante o exposto, a pesquisadora focou-se nos aspectos específicos e emocionais do luto vivenciado durante a pandemia da covid-19, momento marcado pela ausência de rituais tradicionais — que, pela sua importância, será analisada e discutida com mais profundidade na próxima temática —, o isolamento social e as condições adversas impostas pela crise sanitária. Esses elementos afetaram profundamente a experiência do luto e a saúde mental das usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) pela falta de acolhimento no momento das suas perdas.

Compreender esses pontos ajuda no entendimento dos desafios únicos enfrentados pelos enlutados durante a pandemia e para desenvolver intervenções, na saúde pública, eficazes que ajudem no acolhimento desses indivíduos para lidarem com suas perdas de forma mais saudável.

As repercussões da ausência de ritos fúnebres na experiência de luto dos usuários da UBS durante a covid-19

Na contemporaneidade, em especial no ocidente, o moribundo, a morte e o corpo sem vida são tratados de forma diferente dos nossos antepassados (que inseriram seus mortos dentro de suas casas), ou seja, a morte se afastou do âmbito familiar e, por consequência, foi afastada da esfera social (Ariés, 2017).

Com o avanço dos conhecimentos médicos e científicos, compreendeu-se que o cadáver pode ser prejudicial, pois representa fonte de

contaminação. Por essa razão, passou-se a adotar uma forma normativa e técnica em relação a eles, com um enfoque mais sanitário, para a preservação da saúde e higiene, e com a emergência de espaços específicos para a acomodação desses corpos (Calazans, 2021). Isso resulta, segundo Matta *et al.* (2021), no distanciamento desses corpos, tornando-se comum que instituições como os hospitais lidem com o corpo morto, enquanto as instituições funerárias assumam as gestões e substituam o papel que a família costumava ter na preparação do enterro ou cremação do seu ente querido.

No que tange aos ritos fúnebres, o corpo ainda importa, evocando a necessidade do cuidado pela relação estabelecida com o morto, manifestando-se de diversas maneiras pelos seus entes queridos, seja num último olhar, num toque carinhoso, na escolha da roupa para o enterro/cremação. Essa importância fica evidente quando, em situações de desastres, como foi a pandemia de covid-19, quando os corpos mortos pela doença não puderam ser vistos ou tocados. “O que mais sofro é que não pude enterrar meu primo” (usuária Helena); “(...) minha esperança era que eu pudesse ter dado um enterro digno para ele. Nem roupa colocaram nele, nem nada. Não vi” (usuária Simone).

Durante a crise sanitária de covid-19, adaptações foram necessárias, incluindo a forma de sepultamento dos mortos. Nesse contexto, a usuária Samara expressou seu desconforto e tristeza pela impossibilidade de usar sepulturas individuais, forma que ela considerava que seria mais atenciosa com seu ente querido.

> Lutamos muito para não enterrarem em cova coletiva, mas ele já estava enrolado dentro daquele caminhão frigorífico, não teve jeito. Infelizmente... o máximo que a gente conseguiu foi colocar ele em cima dos três caixões da cova, com a esperança de que daqui a quatro anos consiga tirar ele de lá. Foi uma situação muito difícil para mim e para a família dele, o que a gente não deseja para ninguém... ver quem a gente ser enterrado indignamente, como foi o enterro do meu patrão.

Tanto a questão da individualidade quanto a questão da dignidade com o corpo do seu ente querido emergiram como pontos de grande comoção nos relatos das usuárias, como se pode observar no depoimento da participante. As emoções se deram de formas entrelaçadas, pois a realização de sepultamentos coletivos, bem como a necessidade da utilização de valas comuns, repercutiu de maneira significativa na vivência das pessoas em situação de luto pela covid-19: “(...) pelo

menos ela foi enterrada... fico muito, muito triste de ter que pensar assim... ela foi enterrada como indigente parece. Na minha cabeça é assim: ela foi enterrada, pronto! Mas no meu coração fica: de que jeito? Ela não ia gostar de ser enterrada do jeito que foi" (usuária Ronilda).

Com relação ao manejo dos corpos durante a emergência sanitária, Calazans (2021), aponta que, no momento final, a família teve a oportunidade de, junto ao túmulo, expressar seu carinho e zelo direcionado ao ente querido, como uma breve despedida. Porém, esse apreço não foram todos os familiares que conseguiram, pois, pelo caos e devido à logística dos momentos mais tensos, isso tornou-se impraticável, porque muitos caixões foram sobrepostos em grandes valas abertas.

Ainda segundo a autora (Calazans, 2021, p. 26), um sepultamento em vala comum viola o direito ao luto e às liturgias religiosas, pois há perda da individualidade e da referência espacial: tanto para o rito quanto para a decomposição do corpo morto acaba por perverter a relação cerimoniosa que se desenvolve com a morte. Valas comuns são marcas materiais que expressa o oposto do rito: "a pressa, a abjeção, a violência e o esquecimento".

Calazans (2021) pontua, também, que essa forma de sepultamento foi comumente utilizada em momentos difíceis da história do Brasil, por exemplo, sendo uma forma de encobrir execuções sumárias de indivíduos durante o período ditatorial militar, evidenciando pelas descobertas em alguns sítios arqueológicos. Isso mostra o caráter violento e doloroso relacionado a este tipo de sepultamento.

Ainda no contexto da pandemia, outros impactos, na experiência das usuárias da UBS, também foram notados em seus relatos, incluindo a sensação de desumanização do ente querido, como expresso pela usuária Irma: "tive que enterrar minha amiga amada... em questão de duas horas ela foi enterrada num saco preto, toda embolada, parecendo um bicho".

A dor de não se despedir também ficou evidente:

> Quando ele foi enterrado a gente não conseguiu se despedir dele. Só podia ir três pessoas para o cemitério, no caso, fui eu e meus dois irmãos. Não deu pra olhar nada dentro do caixão e só tinha o nome dele para identificar. A gente não teve a oportunidade de se despedir. Foi feito aquele enterro horroroso, ali... rápido, frio e tivemos que ir embora (usuária Edwiges).

“(...) a dor maior foi não poder me despedir. Tive que fazer o reconhecimento do corpo pela foto no celular da assistente social e acreditar que era ele dentro do caixão. Não desejo isso para ninguém” (usuária Helena). “Muito sofrimento. Não poder dar o último adeus ao nosso amado. Uma sensação de desespero. Uma perda irreparável, que jamais vou superar” (usuária Simone).

Além desse contexto, durante a pandemia, o processo de luto foi intensificado por dificuldades que se iniciaram ainda no sistema hospitalar, como a falta de comunicação com o ente adoecido, dificuldade de obter informações e a solidão vivenciada nesse processo, tanto pela pessoa doente quanto pelos familiares envolvidos (Testoni *et al.*, 2021).

O estudo de Albuquerque *et al.* (2023, p. 1) consistiu em uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas de familiares que vivenciaram lutos por perdas relacionadas à covid-19, que consideraram “as restrições de visitas hospitalares” como parte dos fatores complicadores dos processos de luto. Além de outras dimensões de sofrimento emocional, acrescidas à vivência de luto desses familiares, tais como: estarem “impossibilitados de estar fisicamente presentes para auxiliar nos cuidados” e “não compartilhar os últimos momentos de vida do ente querido, nem oferecer conforto, trocar afeto e manifestar sentimentos” (Albuquerque *et al.,* 2023, p. 4): “(...) lembro que trouxe ela muito mal aqui pra UBS, com muita falta de ar. Esperei junto com ela... o médico nem olhou direito e já pediu a remoção pro Samu. Depois disso nunca mais vi ela!!! Isso é muito, muito estranho... não parece real. Até hoje... não parece real” (usuária Irma). “(...) ficou internado algumas horas... não pude ir, porque não podia. E ele morreu!! Morreu... você entende?” (usuária Samara).

Estas falas das usuárias ratificam a relevância dos efeitos da obstrução/impossibilidade de contato para as famílias enlutadas, dimensões importantes do cuidado familiar, do luto antecipatório e do luto. Para além do sofrimento, essas obstruções operam dificultando a compreensão, o entendimento e a elaboração do contexto da terminalidade, ao modo que Vachon *et al.* (2023, p.11) descrevem: “Como resultado, a maioria dos cuidadores familiares não presenciou nem compreendeu a trajetória final da vida de seu ente querido. Metaforicamente, os cuidadores familiares foram privados dos primeiros capítulos da história de seu luto: a preparação para a morte”.

Destaca-se a percepção de que algo do sofrimento relativo aos processos do luto antecipatório e do morrer vivido dentro dos hospitais foi também captado pelos profissionais de saúde que atuaram e testemunharam esse processo, ou seja, existiu um duplo sofrimento, aquele vivenciado pelo profissional decorrente do trabalho em si e aquele promovido por testemunhar o processo vivenciado pelas famílias, entendido como extremamente triste ou desumano. “(...) tudo era restrito... tudo. Nada podia, nem entrar no hospital. Eu via que as enfermeiras ficavam com dó de mim..., mas não podiam fazer nada. Então eu só ficava na porta chorando” (usuária Helena).

Foi o caso, por exemplo, de um depoimento de um médico colhido pelo estudo de Moore *et al.* (2020, p. 708): “Isso é o que há de mais cruel nessa pandemia. Os milhares que morreram de covid-19, falecendo sozinhos. Numa enfermaria de hospital ou num quarto de um lar de idosos. Sem familiares por perto. Nem uma despedida ou adeus”, corroborando com o depoimento da usuária Simone: “(...) foi tudo tão desesperador que quando eu soube que ele tinha morrido uma médica me abraçou e chorou comigo. Acho que foi porque ela tava muito cansada e estressada de tanta gente morrendo ali”.

Por essas questões Barros, Oliveira, Almeida-Junior (2023, p. 510) apontam que houve uma “amplificação da dor” da morte pela covid-19; e, por sua vez, os autores referidos compreenderam, também, que as “interdições ou alterações significativas nas visitas hospitalares e nos rituais fúnebres e cerimônias de despedida” (Barros; Oliveira; Almeida-Junior, 2023, p. 519) foram elemento significativo e de repercussão negativas nos processos de luto.

Para além disso, Selman *et al.* (2021, p. 127) afirmam que “a tristeza associada a não poder se despedir como desejavam foi agravada pela falta de apoio social e pela interrupção de rituais pós-morte e funerais”, agravando-se, ainda mais, pela frustração por não poder proporcionar um funeral considerado digno para o ente querido falecido.

> (...) eu estava isolada. Quando ela morreu todo mundo estava isolado. Não tinha ninguém pra abraçar porque eu moro sozinha. Fiquei durante um tempo sem me alimentar, nem tomar banho... não tinha ninguém pra cuidar de mim naquela tristeza... daí eu precisei tomar remédio para depressão. Muito triste. A depressão ter perdido alguém nessas condições é muito triste (usuária Irma).

“Ela merecia um enterro de rainha. Minha cunhada era uma pessoa maravilhosa. Não porque ela faleceu. A gente tem mania de falar... era uma pessoa incrível! Não podia ter tido um fim horroroso desses” (usuária Ronilda). Por essas razões, a pandemia trouxe uma carga traumática adicional para as famílias, segundo Mohammadi *et al.* (2021), semelhante a outras situações de violência em massa, na qual as famílias enfrentam um novo tipo de trauma, mais sutil e oculto, juntamente com a perda, retardando sua trajetória de recuperação. Isso é endossado por Cardoso *et al.* 2020, que afirmam que a partir do momento em que os familiares e amigos se veem tolhidos da possibilidade de realizarem os rituais de despedida de seus entes queridos, em razão das restrições impostas pela pandemia, todo o processo de luto se torna mais doloroso e até mesmo incompleto.

Farias, Castro Alves, Alvarez (2022) apontam que os ritos de despedidas são uma exigência psíquica diante do processo da morte e do luto de um ente querido. Para tal questão, Cardoso *et al.* (2020) afirmam sobre a importância de criar alternativas e reinventar maneiras de celebrar os rituais de passagem em situações emergenciais de forte comoção social, como foi o contexto da pandemia, com a finalidade de oferecer amparo e conforto aos familiares. Sobre essa questão Peuker e Modesto (2020) sugerem que, para futuras crises, sejam desenvolvidos protocolos de acesso aos familiares, incluindo métodos que permitam a despedida de seus entes queridos, seja qual for a situação.

A realidade brasileira ainda é marcada por uma fragilidade dos Serviços de Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) de maneira geral, e, ainda maior, quando se pensa em uma estrutura de serviço voltado para as demandas específicas do luto, denunciando, conforme Venâncio (2020): “que o luto não é compreendido como uma questão relevante dentro da Saúde Mental no Brasil” (Venâncio, 2020, p. 151). “(...) existe lugares que tratam só do luto das pessoas? Nossa... eu não sabia... a gente fala tão pouco disso. Seria tão bom se tivesse isso aqui na UBS” (usuária Samara).

Por essa razão, tanto os estudos quantitativos como os qualitativos são relevantes em pesquisas na área do luto (Franco; Tinoco; Mazorra, 2017). No entanto, as autoras chamam atenção para a possibilidade de uma contribuição diferencial da produção científica que se extrai a partir das pesquisas clínicas, pois a importância de estudar o fenômeno do luto a partir da experiência de quem passa por ele atinge diversos níveis. Primeiramente, a teoria sobre uma experiência é

consistente se for estruturada a partir do conhecimento gerado pela observação e contato com o próprio fenômeno. Um segundo aspecto é que, do ponto de vista prático, a pesquisa com pessoas em situação de luto faz-se imprescindível para a construção de intervenções adequadas e necessárias (Franco; Tinoco; Mazorra, 2017).

Portanto, estudar sobre pessoas em situação de luto pela covid-19 está intimamente ligado a situações de risco para essa população. Morris *et al.* (2020) argumentam que tal risco está relacionado ao isolamento social, colocando a possibilidade de experiências de luto ainda piores entre indivíduos pertencentes aos grupos de minorias socioeconômicas.

Em situações “atípicas”, tais como mortes inesperadas, violentas ou desastres naturais, é esperado e descrito que as situações de desordem e transtornos relacionados ao luto aumentem de maneira significativa, mas, mesmo dentro deste contexto/estudos com essas populações (Kristensen *et al.*, 2012), existe um número preponderante de indivíduos que atravessam a vivência de tais lutos sem comorbidades psiquiátricas, mas que necessitará de apoio. Enlutados que perderam entes queridos por covid-19, e não puderam receber o conforto dos parentes ou não tiveram a chance de se despedir dos entes falecidos, são propícios a vivenciar o luto complicado, além de apresentar outros comprometimentos psicológicos, dentre eles o humor depressivo, o transtorno de estresse pós-traumático, a preocupação exagerada, a angústia, a dificuldade em aceitar a morte e o desinteresse pela vida.

> (...) cheguei ao ponto que não queria mais levantar da cama. Só chorava pensando que ele não teve a morte que merecia e nem o sofrimento que teve no fim da vida. Ele merecia ter sido enterrado dignamente. Eu queria ter me despedido dele. Dito que ele era um pai para mim... eu tive que começar a tomar sertralina depois que ele morreu. Me ajuda a dormir (usuária Samara).

“(...) eu acordava durante a noite e via ele me chamando. Pedindo pra tirar ele daquela cova rasa, maldita!” (usuária Helena). Isso evidenciando, portanto, que as implicações sociais e de saúde que acometem pessoas enlutadas pela morte de familiares por covid-19 decorreram da impossibilidade da realização de rituais de despedida, em razão do distanciamento social, fatores que prejudicam a vivência do luto, levando ao adoecimento psíquico, manifestado, dentre outras formas, pela

depressão, transtorno do estresse pós-traumático, preocupação excessiva, angústia e desinteresse pela vida.

Faz-nos parecer problemáticas tais afirmações sobre processos de luto tão plurais e complexos, bem como associá-los a “adoecimento psíquico”, “luto patológico” (Magalhães *et al.*, 2020, p. 5), dentre outras categorias psiquiátricas diagnósticas. Giamattey *et al.* (2022), sobre essa questão, situam-se em um pequeno eixo de “contraponto” entre os achados dessa visão “patologizante”, fazendo referência à importância de que: “a compreensão do luto, como algo que está em nossa história passada, presente e futura destaca a preocupação em não considerar luto como uma doença ou em torná-lo uma experiência psiquicamente patológica” (Giamattey *et al.*, 2022, p. 9). Os autores Lacasta-Reverte *et al.* (2020, p. 203) afirmavam a “patologização do luto” como uma “má prática”, um fator iatrogênico na assistência ao luto.

Porém, conhecer os olhares e a preocupação sobre a fragilidade desse processo dos indivíduos enlutados por essa doença e suas experiências de perda faz-se importante, pois irá influenciar a maneira como elas serão cuidadas/tratadas. Afinal, mesmo que se justifique, do ponto de vista sanitário e emergente, a falta de cerimônias fúnebres, levantou-se um outro problema de saúde pública, que foi a questão dos familiares, que, de maneira protocolar, não puderam ter uma despedida digna dos seus entes queridos, colocando a continuidade da vida em risco, no que diz respeito ao seu estado emocional e psicológico.

Ante o exposto, um dos principais desafios emocionais vividos pelos enlutados no contexto da pandemia foi a ausência de rituais fúnebres tradicionais — como velórios e cerimônias de despedida —, ocasionando repercussões profundas na vivência do luto, dificultando, assim, o processo de perda e contribuindo para a intensificação do sofrimento emocional dos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) e influenciando de forma negativa em sua saúde mental.

Sobre essa questão, as usuárias descreveram se sentirem expostas a uma situação que excede a sua capacidade de elaboração, levando-as a sentirem “passada” (usuária Irma), “anestesiada” (usuária Helena) e “dormente” (usuária Simone).

Além disso, a ocorrência de casos de contaminação e de óbito pela covid-19 em um mesmo núcleo familiar, em um curto espaço de tempo, mobilizou lutos sequenciais, agravando os desafios no enfrentamento das perdas e nos

processos de despedidas. As repercussões emocionais nesses casos podem ser potencializadas, dependendo dos papéis e funções desempenhadas pelo ente falecido na dinâmica familiar (Albuquerque *et al.*, 2021).

Assim, torna-se fundamental a criação de políticas públicas que priorizem o acolhimento e a escuta como forma de suporte adequado aos enlutados pela covid-19 nas unidades básicas de saúde. Essas ações podem ajudar a reduzir o sofrimento emocional, prevenir o luto complicado e promover um cuidado mais integral e humanizado, fortalecendo a capacidade da comunidade de enfrentar o luto de forma mais saudável e resiliente.

A análise das vivências durante a pandemia de covid-19 na Unidade Básica de Saúde (UBS) revelou um panorama complexo, abarcando tanto as experiências dos profissionais de saúde quanto as dos usuários do sistema. A UBS, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se um espaço de protagonismo e desafios, enfrentando limitações estruturais, emocionais e organizacionais em meio à maior crise sanitária do século.

Os usuários da UBS enfrentaram não apenas os sintomas e as incertezas relacionadas à doença, mas a fragmentação e a limitação de serviços essenciais, que foram parcialmente interrompidos para priorizar o atendimento à pandemia. Consultas de rotina, visitas domiciliares e ações de territorialização foram reduzidas, impactando de maneira direta a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. Essa lacuna foi sentida especialmente nos usuários mais vulneráveis, que dependem desses serviços para acesso à saúde preventiva e curativa.

A desinformação sobre a doença e o receio de contaminação levou a uma redução na procura por serviços básicos e ao aumento da desconfiança em relação aos profissionais de saúde, vistos em alguns momentos como potenciais vetores de contaminação. Paralelamente, a fragilidade na comunicação e o distanciamento social exacerbaram sentimentos de solidão, desamparo e medo entre os usuários, dificultando o fortalecimento do vínculo entre comunidade e UBS.

Os profissionais, por sua vez, enfrentaram uma sobrecarga emocional e física sem precedentes. A ausência de preparo técnico e emocional para lidar com o luto e com as perdas frequentes tornou a pandemia um momento de extrema vulnerabilidade. Sentimento de impotência, exaustão e insegurança emergiram como constantes no trabalho diário, agravados pela percepção de desvalorização profissional e pelas condições precárias de trabalho.

Para além disso, os enfermeiros relataram dificuldades em oferecer apoio emocional aos usuários enlutados, reflexo de lacunas na formação e da própria exaustão psicológica vivenciada;. Isso resultou em uma abordagem mecanizada, que, embora inevitável em certas circunstâncias, trouxe prejuízos para a humanização do cuidado.

A pandemia revelou a ausência de rituais e espaços para vivenciar o luto, tanto para os usuários quanto para os profissionais. Para os usuários, o luto foi perpassado por um contexto de isolamento social, dificultando o suporte comunitário e familiar. Muitos enfrentaram perdas significativas, sem a possibilidade de despedidas adequadas ou de apoio psicológico efetivo. Com relação aos profissionais, o contato constante com a morte levou ao desenvolvimento de mecanismos de defesa emocional, como a evitação do sofrimento, que, embora necessários para a manutenção do trabalho, comprometem a empatia e a relação com os usuários e colegas.

A pandemia destacou as desigualdades históricas e estruturais no SUS, especialmente no contexto das UBSs. A insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a falta de suporte institucional e o subfinanciamento crônico do sistema impactaram negativamente tanto os profissionais quanto os usuários. A necessidade de reorganização do trabalho, com escalas reduzidas e teleatendimentos, enquanto estratégia de proteção, trouxe ganhos pontuais, mas revelou as limitações de um sistema que ainda carece de infraestrutura adequada e políticas públicas sólidas.

Com base nas experiências relatadas pelos três grupos de participantes, emergem recomendações essenciais para o futuro. Faz-se importante investir em formação profissional que contemple competências emocionais, especialmente voltadas para o manejo do luto e do sofrimento. Além disso, protocolos de suporte psicológico e ações comunitárias para usuários enlutados devem ser integrados ao cotidiano das UBSs, promovendo acolhimento e fortalecendo o vínculo entre comunidade e profissionais de saúde.

Políticas públicas devem ser pensadas para priorizar a valorização dos profissionais de saúde, que garantam remuneração justa, carga horária regulamentada, infraestrutura adequada e oportunidades de capacitação. No caso dos usuários, faz-se necessário ampliar o acesso à informação e a serviços de

saúde mental, reduzindo, dessa forma, barreiras que comprometem o cuidado integral na saúde pública.

7 DISCUSSÃO ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ORIENTADO PARA INTERVENÇÃO, TANTO NO NÍVEL SECUNDÁRIO QUANTO NO TERCIÁRIO DO LUTO COMPLICADO PELA COVID-19 NA UNIDADE BÁSICA E SAÚDE (ANEXOS)

A Psicologia da Saúde, enquanto área de conhecimento, destaca-se como uma abordagem teórico-metodológica voltada para a promoção de comportamentos que favorecem a saúde como um fenômeno social, contribuindo para o desenvolvimento humano individual e coletivo (Noronha, 2013). Nesse contexto, o desenvolvimento de protocolos específicos para o atendimento psicológico ao luto representa uma estratégia fundamental para minimizar o sofrimento causado por perdas, especialmente no âmbito das unidades de saúde.

Ao considerar as possibilidades de intervenção da Psicologia da Saúde, Santos (2014) aponta a atuação do psicólogo em ambientes hospitalares como uma vertente essencial dessa área. Contudo, como observado por Ribeiro (2016), muitas vezes os psicólogos e as instituições de saúde não possuem clareza sobre as atribuições desse profissional, evidenciando a necessidade de sistematizar e padronizar práticas de atendimento psicológico. Essa questão faz-se particularmente relevante no caso do luto, por ser uma experiência profundamente impactante, que demanda abordagens específicas e integradas (Worden, 2013).

A elaboração de um protocolo para intervenção no luto tem como princípios: a) estruturar estratégias de avaliação e b) manejo psicológico, que considerem tanto os fatores emocionais quanto os contextuais e cognitivos envolvidos na experiência de perda. Ferreira-de-Sousa e Santana (2016)ressaltaram que a efetividade de um protocolo depende de uma atuação interdisciplinar bem articulada, o que fortalece a qualidade do atendimento ao usuário e reduz a fragmentação dos cuidados.

De acordo com Machado *et al.* (2017), a implementação de protocolos de avaliação e intervenção psicológica deve ser fundamentada em dados

sistematizados, obtidos por meio de entrevistas com o usuário e sua rede de apoio/familiares, levantamento da história de vida, identificação de mudanças decorrentes da perda (Parkes, 2009) e aplicação de instrumentos de avaliação específicos (Worden, 2013). Essas informações permitem planejar intervenções individualizadas, escolher estratégias adequadas e avaliar os resultados de forma objetiva.

No contexto do luto, um protocolo estruturado deve incluir: 1) identificação dos fatores de risco e proteção que influenciam a experiência de perda; 2) compreensão da percepção do indivíduo com relação ao luto e suas implicações; e 3) desenvolvimento de estratégias terapêuticas que promovam a adaptação emocional e a ressignificação da perda (Parkes, 1998; 2009; Worden, 2013). Essas ações, baseadas em evidências, não apenas fortalecem a atuação do psicólogo, mas também contribuem para a consolidação de práticas de saúde integral e humanizada.

Portanto, a criação e implementação de um protocolo psicológico para atendimento ao luto pela covid-19 não só aprimora a atuação do psicólogo, mas também promove um impacto positivo sobre a assistência prestada, garantindo que ela seja mais integrada, eficaz e alinhada às necessidades dos usuários em situações de perda.

O termo “protocolo”, nesta pesquisa, faz-se entendido como um conjunto de diretrizes que orienta a atuação do psicólogo no acolhimento e manejo de pessoas em situação de luto, especificamente em decorrência da covid-19. Este conjunto foi concebido de forma semiestruturada: contempla eixos definidos de avaliação, investigação, categorização e análise, ao mesmo tempo em que mantém flexibilidade em sua aplicação. Essa flexibilidade é essencial para lidar com a diversidade e complexidade do sofrimento psíquico vivenciado pelos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS), evitando uma abordagem rígida, que possa limitar a eficácia do cuidado psicológico (Gadelha *et al.*, 2012).

Este protocolo não se trata de um formato estritamente técnico, como no caso de questionários, escalas, formulários ou tabelas de comportamento. Embora esses instrumentos estejam disponíveis, sua utilização somente se justificará se forem compatíveis com o contexto e as necessidades específicas do enlutado, além de alinhados aos princípios filosóficos da Psicologia da Saúde (Noronha, 2013). O foco principal está em uma abordagem que seja coesa, abrangente, inclusiva,

humanizada, adaptável e sensível às circunstâncias do luto vivenciado no ambiente comunitário.

A atuação do psicólogo, conforme estabelecido por esse protocolo, deve ser embasada em práticas acolhedoras, que promovam a escuta ativa, a validação do sofrimento e o respeito às singularidades do luto. Isso inclui não apenas a consideração das manifestações emocionais, mas também a compreensão do contexto sociocultural e das circunstâncias específicas que envolvem cada indivíduo ou família em luto.

Se forem aplicados instrumentos ou técnicas específicas, seu uso deve fazer sentido prático e estar em harmonia com os princípios éticos e humanitários que regem a atuação no campo da Psicologia (Coelho, 2013). Além disso, o protocolo enfatiza a importância de um *setting* acolhedor e ético, que reconheça a vulnerabilidade do usuário e promova um espaço de cuidado que seja, simultaneamente, estruturado e flexível.

O protocolo de atendimento psicológico orientado para a intervenção do luto pela covid-19 busca integrar a prática psicológica no atendimento ao luto dentro das UBSs, com vistas à construção de políticas públicas que respondam de maneira eficaz e humanizada às demandas emergentes de saúde mental decorrentes da pandemia de covid-19. Essa questão exige a articulação de múltiplos elementos, desde o empoderamento institucional até a integração interdisciplinar e o desenvolvimento criativo e crítico de instrumentos específicos para o manejo do luto na saúde pública. Este processo destaca desafios e inovações, enfatizando a importância do papel do psicólogo na atenção primária à saúde (Albuquerque *et al.*, 2017), tais como:

Empoderamento institucional

A formalização do papel do psicólogo no contexto da UBS faz-se essencial para legitimar sua atuação técnica e metodológica no manejo do luto. Diferentemente de uma visão leiga ou heroica da assistência, a inserção formal permite estabelecer uma base sólida para a atuação interdisciplinar, promovendo o reconhecimento do psicólogo como parte integrante das estratégias de cuidado.

Essa legitimação fortalece a posição do profissional enquanto agente técnico, capaz de contribuir com metodologias específicas e intervenções direcionadas para as necessidades psicossociais dos enlutados.

Estabelecimento de relações de confiança

O contato inicial com as equipes de saúde e com os próprios usuários exige habilidades sociais voltadas para o estabelecimento de confiança, transcendendo os limites da formalidade institucional. Por meio de interações próximas, informais e respeitosas, será possível desmistificar estereótipos sobre a atuação do psicólogo e apresentar o foco do protocolo: o manejo de questões específicas relacionadas ao luto pela covid-19, por exemplo, a ausência de rituais funerários, o isolamento social e o impacto emocional das perdas.

Essa aproximação faz-se fundamental para integrar o psicólogo ao contexto da UBS, permitindo o diálogo com outras áreas técnicas, como a enfermagem, assistência social e medicina. O psicólogo, ao compreender a dinâmica das equipes, consegue propor intervenções que dialogam com as especificidades de cada área, sem pretender dominar a totalidade do cuidado, mas contribuindo com sua expertise para a construção de um cuidado integral e humanizado (Mendes, 2015).

Criatividade e autocrítica na elaboração do protocolo

A construção do protocolo foi um processo criativo e inovador, demandando a concepção de percepções e perguntas no contexto da UBS sobre o luto pela covid-19. Este processo foi embasado em dados levantados, pela pesquisadora, junto às equipes, usuários e na literatura científica, mas também incluiu uma constante avaliação crítica do produto elaborado, com o cuidado de atender às demandas reais do contexto da atenção básica.

Por exemplo, a criação de uma abordagem baseada no “problema ativo” — que foca na principal queixa ou necessidade imediata do usuário — permite uma abordagem eficiente e orientada para intervenções resolutivas. Essa metodologia

mostra-se eficaz para lidar com a complexidade do luto, ao permitir que o psicólogo priorize questões significativas para o usuário em um momento de sofrimento intenso, olhando o usuário enlutado não com o foco patológico, e sim biopsicossocial.

Impactos imediatos do protocolo

Um dos principais impactos do protocolo será a sistematização do registro de informações psicológicas no prontuário do usuário. Em um ambiente no qual anteriormente não existiam diretrizes estabelecidas para o registro da atuação do psicólogo na rede pública (Brasil, 2020), a implementação de um modelo padronizado de anotações trará uma organização e funcionalidade. Esse modelo possibilitará o armazenamento estruturado de informações, promovendo a continuidade do cuidado e facilitando a integração com outras equipes.

A falta de documentos norteadores que delimitam o espaço de atuação foi um ponto notado por Rodrigues *et al.* (2022), que afirmam ser uma das amplas dificuldades que os psicólogos enfrentam ao atuar na APS. Contudo, no ano de 2022, foi lançada a Resolução nº 17, de 19 de julho (Brasil, 2022), que dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. O que coloca a psicologia em uma importante evidência no cenário da saúde pública.

Faz-se importante pontuar que o registro psicológico no prontuário, além de documentar a evolução do atendimento, permite análises futuras sobre a eficácia das intervenções, contribuindo para a construção de uma base de dados que articula assistência, ensino e pesquisa na atenção primária (Rodrigues, 2014). A experiência de campo, realizada pela pesquisadora, na UBS Bom Retiro, demonstrou que um modelo focado no problema do usuário poderá otimizar o acesso, a análise e a interpretação de informações para aprimorar a assistência.

Integração com as equipes e a comunidade

O contato próximo com as equipes de saúde e a articulação com a comunidade será fundamental para garantir que o protocolo dialogue com as

especificidades do contexto da UBS. Os profissionais, tais como agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e enfermeiros, contribuirão para identificar usuários em situação de luto, possibilitando uma abordagem mais abrangente e eficiente. A integração com essas equipes ampliará o alcance do protocolo, fortalecendo a assistência interdisciplinar e promovendo um cuidado integral.

Por fim

A construção do protocolo de atendimento psicológico orientado para intervenção, tanto no nível secundário quanto no terciário do luto complicado para enlutados pela covid-19 na UBS, evidencia que o manejo do luto é uma tarefa complexa, que exige empoderamento institucional, habilidades de relacionamento interpessoal, criatividade técnica e autocrítica constante. Para além de uma ferramenta técnica, o protocolo se configurará como uma estratégia de humanização do cuidado, promovendo acolhimento, suporte emocional e ressignificação da dor para os usuários.

Essa experiência destaca a relevância de práticas psicológicas embasadas e integradas à rotina das UBSs, apontando caminhos para a expansão do papel do psicólogo no SUS. Além de oferecer suporte aos enlutados, o protocolo representará uma contribuição significativa para a estruturação de políticas públicas voltadas para a saúde mental na atenção primária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever uma Tese foi um processo de profunda elaboração, exigindo um mergulho nas próprias inquietações e angústias e, também, nas dos participantes da pesquisa. Nesse processo, houve um movimento de oscilação: de deixar-se penetrar por toda sorte de sensações, impressões e sentimentos, e distanciar-se, para que o significado pudesse ser construído em uma narrativa coerente. Quando houve uma identificação com os participantes em demasia, quando tomada por suas angústias, fez-se difícil caminhar, quase sendo tomada pela evitação e paralização.

Portanto, esse caminho, assim como o processo de luto, exigiu paciência e flexibilidade; muitas vezes sem saber para onde ir, mas com algo dizendo que não era hora de parar, de que existiam mais elementos a serem examinados, compreendidos e significados. Essa busca de construção de significados não termina, apenas cessa, por ora, pois sempre existe espaço para que novos significados sejam construídos por outros pesquisadores ou pela própria pesquisadora.

Assim como o luto, é impossível não sair transformado, de alguma forma, dessa experiência. A construção de significado das experiências vividas é fundamental na vida, pois molda quem somos, quem desejamos ser e quem podemos nos tornar, servindo como base para futuras construções simbólicas e concretas. Permitir-se ser tocado pelas vivências, atribuir-lhes sentidos e integrá-las constitui o grande desafio de quem enfrenta uma perda significativa.

A vivência de uma perda significativa pode ser tanto enriquecedora quanto transformadora. Elaborar essa perda significa confrontar os limites e a sensação de impotência, reconhecendo que o mundo e os entes que amamos não estão sob nosso controle. Em última instância, é um encontro com a possibilidade do limite absoluto: a morte. Contudo, essa experiência também se apresenta como uma oportunidade para descobrir força e vitalidade, manifestadas na capacidade de

amar, enfrentar o sofrimento profundo de maneira criativa e integrada, e crescer com a experiência.

As manifestações do luto são pistas valiosas para compreender as vivências dos enlutados e os significados que eles constroem, tornando a observação um aspecto fundamental. No entanto, limitar-se apenas a esses elementos pode levar a uma avaliação superficial ou equivocada, ao tentar enquadrar a pessoa enlutada em uma forma predefinida de elaboração do luto, ignorando sua singularidade e individualidade.

Portanto, o luto deve ser compreendido de maneira ampla, indo além das reações, sintomas ou estratégias de enfrentamento. Faz-se fundamental atentar para os significados atribuídos, o que está sendo expresso pelo enlutado e sua capacidade de lidar com a perda. Esses elementos apontam o caminho a ser seguido, seja para uma elaboração saudável, seja para a identificação de possíveis complicações.

Nesta pesquisa, o significado central encontrado, nas experiências dos usuários e profissionais da unidade básica durante a pandemia da covid-19, foi: a necessidade de um sistema de saúde mais resiliente, equitativo e humanizado, bem como a falta do cuidado ao luto, comprometendo a saúde mental, tanto do profissional de saúde quanto dos usuários da unidade básica.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto espaço de cuidado comunitário, tem um papel estratégico na construção de uma saúde pública que reconheça a complexidade do ser humano, seja no enfrentamento de crises sanitárias, seja no cotidiano do cuidado. Aprender com os desafios enfrentados é um passo essencial para a construção de políticas e práticas que coloquem a vida, o luto e a dignidade no centro da assistência à saúde.

A pandemia de covid-19 revelou profundas fragilidades nas estruturas sociais e nos sistemas de saúde ao redor do mundo, e no Brasil não foi diferente. Nesse cenário, emergiram não apenas os desafios diretamente relacionados ao enfrentamento do vírus, mas também uma complexa rede de repercussões emocionais, sociais e econômicas que atravessaram todos os segmentos da sociedade. Entre os grupos mais afetados, destacaram-se os profissionais de saúde e os enlutados atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que vivenciaram uma sobrecarga emocional e psicológica sem precedentes. Esta Tese buscou compreender e lançar luz sobre essas vivências, apontando caminhos para que

políticas públicas mais robustas possam mitigar os danos e promover um suporte efetivo a essas populações vulneráveis.

Os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, enfrentaram desafios extremos durante a pandemia. A escassez de recursos, a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a sobrecarga de trabalho em um sistema de saúde já fragilizado pela má gestão e subfinanciamento histórico resultaram em um cenário de exaustão física e emocional. Esses profissionais, muitas vezes despreparados para lidar com a magnitude da morte e do luto em larga escala, foram expostos a uma realidade que ultrapassou os limites de sua formação acadêmica. No Brasil, a formação em saúde ainda negligencia uma abordagem mais aprofundada sobre morte e luto, deixando médicos e enfermeiros emocionalmente vulneráveis durante a pandemia.

Paralelamente, os usuários das UBSs que perderam seus entes queridos para a covid-19 enfrentaram múltiplas camadas de sofrimento: a ausência de rituais fúnebres tradicionais, importantes para o processo de elaboração do luto, foi especialmente a mais devastadora. Enterros realizados às pressas, em valas comuns, sem a possibilidade de despedidas ou celebrações de vida, agravaram o trauma dessas perdas. Para além disso, a exposição constante a notícias sobre o número crescente de mortes, combinada com a disseminação de *fake news*, gerou uma atmosfera de medo, insegurança e desinformação, dificultando ainda mais o enfrentamento da pandemia, bem como dos lutos impostos por ela.

A má gestão governamental durante a crise sanitária contribuiu significativamente para o agravamento desse cenário. A falta de uma coordenação nacional efetiva, a negação da gravidade da pandemia e a ausência de investimentos adequados na saúde pública escancararam a vulnerabilidade do sistema de saúde brasileiro. Profissionais e usuários das UBSs foram diretamente impactados por essa ausência de liderança, enfrentando desafios que poderiam ter sido minimizados por uma resposta governamental mais eficiente e bem-planejada.

No âmbito da saúde mental, a falta de assistência aos enlutados foi uma das grandes lacunas evidenciadas pela pandemia. Os serviços públicos de saúde não estavam preparados para lidar com a demanda crescente por suporte psicológico, e a ausência de protocolos específicos para o atendimento ao luto dificultou ainda mais a oferta de cuidados adequados. Faz-se fundamental reconhecer que o luto complicado pode ter consequências graves para a saúde

mental, incluindo depressão, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), deixando uma herança preocupante para a população que requererá tratamento, pois a pandemia acabou, mas deixou sua marca na saúde mental.

Nesse contexto, a criação de um protocolo de atendimento psicológico orientado para intervenção, tanto no nível secundário quanto no terciário do luto complicado pela covid-19, se mostra uma necessidade urgente. Tal protocolo deve incluir estratégias para identificar precocemente os casos de luto complicado e oferecer intervenções específicas. A implementação de programas de apoio psicológico, em parceria com as UBSs, pode contribuir significativamente para a mitigação dos efeitos negativos do luto não assistido e para a promoção da saúde mental dessa população.

Ademais, faz-se imperativo que estudos futuros se debrucem sobre as repercussões de longo prazo do luto pela covid-19. Compreender o impacto dessa vivência na saúde mental dos enlutados faz-se essencial para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de cuidado mais eficazes. Além disso, faz-se necessário investir na formação de profissionais de saúde para que estejam mais preparados para lidar com as dimensões emocionais e existenciais da morte e do luto, inclusive como fator de proteção para a saúde mental deles. A pandemia demonstrou, de forma contundente, que a preparação técnica foi insuficiente diante de crises tão complexas.

Por fim, as lições da pandemia devem impulsionar uma reformulação das prioridades na saúde pública brasileira. O fortalecimento das UBSs como um espaço de acolhimento e cuidado integral é crucial para que as populações mais vulneráveis, incluindo os enlutados, recebam a assistência de que necessitam. Políticas públicas que valorizem a saúde mental, o suporte ao luto e a humanização dos cuidados de saúde são fundamentais para a construção de um sistema mais justo e resiliente, capaz de enfrentar os desafios do presente e do futuro.

Esta pesquisa buscou contribuir para esse debate, ressaltando a importância de ações concretas e integradas, que promovam não apenas a cura física, mas também a reparação emocional e social dos danos causados pela covid-19. Que este seja um ponto de partida para novas pesquisas, reflexões e práticas que coloquem a dignidade e o bem-estar humano no centro das estratégias de saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. et al. Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. **Acta Médica Portuguesa**, 33(9), 543 – 545, 2020. DOI: https://doi.org/10.20344/amp14345.

AINSWORTH, M. et al. **Patterns of attachments**: a psychologica lstudy of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum, 1978.

AINSWORTH, M. D. The development of infant-mother interaction a mong the Ganda'. In: FOSS, B. M. (Ed.). **Determinants of infant behaviour**. Vol. 2. London: Methuen; New York: Wiley, 1963.

AKSOZ-EFE, I. et al. Death rituals, religious beliefs, and grief of Turkish women. **Death Studies**, New York, v. 42, n. 9, p. 579 – 592, 2018.

ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 22, n. 4, p. 1.055 – 1.064, 2017.

ALBUQUERQUE, S. et al. Luto complicado: conceituação, avaliação e intervenção. In: GABRIEL, S.; PAULINO, M.; BAPTISTA, T. M. (Orgs.). **Luto**: manual de intervenção psicológica. Lisboa: Pactor, 2021.

ALBUQUERQUE, P. C. et al. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 501-520, 2023.

ALMEIDA FILHO, N. Higher Education and Health Care in Brazil. **Lancet**, New York, v. 377, n. 9.781, p. 1.898 – 1.900, 2009.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA, A. H. **Mulheres negras e a realidade da Enfermagem no Brasil** [on-line]. Núcleo Assessoria, Capacitação e Especialização à Central de Material e Esterilização, 2020 [citado em 22 dez. 2020]. Disponível em: http://nascecme.com.br/mulheres-negras-e-a-realidade-da-enfermagem no-brasil/

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; MORAES, Mariana Salim de; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p.122 – 129, jun. 2016.

ALVES, Marta Sofia Pinto. **A pandemia e os processos de luto**: a influência das variáveis clínicas numa amostra portuguesa. Editora: Foco, 2023.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde em Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 424 – 434, 2017.

ANDRADE, E. I. G.; DIAS FILHO, P. P. S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L. V.; FLEURY, S. (Orgs.). **Seguridade social, cidadania e saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 160 –172.
AOUN, S. M. Bereavement support: From the poor cousin of palliative care to a core as set of compassion ate communities. **Progress in Palliative Care**, 28(2), 107 – 114, 2020.

APOIO INSTITUCIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Parecer BRASPEN/AMIB para o enfrentamento da COVID-19 em pacientes hospitalizados**. São Paulo: BRASPEN J, v. 35, n. 1, p. 3 – 5. 2020.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARAÚJO, C. A.; FERNANDES, M.; ALIAGA PÉREZ, L.; PILLON, S. Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental. **Revista Cubana de Enfermería**, 37(1), 2021. Disponível em: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3971/725.

ARCHER, J. Theories of grief: past, presente, and future perspectives. In: STROEBE, M. S. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 1999, p. 45 – 66.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023, p. 453 – 473.

ATTIG, T. Reaprendendo o mundo: criando e encontrando significados. In: NEIMEYER, R. (Ed.). **Meaningreconstruction&theexperienceofloss**. Washington, DC: Associação Americana de Psicologia, 2004, p. 33 – 53.

AVERRIL, C.; NURLEY, G. Parent and sport socialization: views from the achievement literature. **Journal of Sport Behavior**, v. 16, n. 3, p. 171, 1993.

AZEVEDO, Lais Vilasbôas et al. **Recontar o invisível**: experiências de luto por covid-19. Cidade: Salvador; Editora: UFBA, 2023.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 158 – 171, nov. 2018.

BANA, P. E. Psychological Risk Factors for Healthcare Professionals in the Epidemic Process. Asia Pacific Journal of Health Management, 2020, 15(3), 89 – 93. DOI: https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i3.437.

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [on-line]. Temas em Saúde Collection. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. **SciELO Books**. Acesso em: 23 jul. 2024.

BARBOSA, A. **Fazer o luto**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 19, n. 8, p. 3.317 – 3.325, 2014.

BARBOSA, I. E. B. et al. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **REAS,** v. 13, n. 2, 2021. DOI: https://doi.org/9.25248/REAS.e6454.2021.

BARBOSA, D. J. et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 31(Suppl 1), 31 – 47, 2022. Disponível em: http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651.

BARBOSA, I. E. B.; GOMES, S. R.; SOUZA, B. de S.; GOMES, S. A. et al. Attributions and difficulties presented by nurses in relation to nursing care for the indigenous population. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e2511426834, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26834. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26834. Acesso em: 7 ago. 2023.

BARREIRA, J. A. Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil. **ESC Anna Nery REV enferm**., 1997; 1 (especial lançamento): 161 – 76.

BARROS, D. C. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 177 – 190, dez. 2021.

BARROS, P. B.; OLIVEIRA, I. S.; ALMEIDA-JUNIOR, J. J. Trabalho na atenção básica durante a pandemia da covid-19: percepções dos profissionais de saúde acerca da atuação da gestão municipal. **Boletim de Conjuntura (BOCA***)*, Boa Vista, v. 15, n. 45, p. 577–591, 2023. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.8371357. Disponível em: https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/2185. Acesso em: 9 jan. 2024.

BARROS, J. M.; TAVARES, C. M.; COSTA, A. N.; SILVA, S. E. A formação do profissional enfermeiro e o mercado de trabalho na atualidade. **Rev G&S**. [on-line]. 2014 [citado em 30 jan. 2021]; 5(1): 176 – 93. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/421/403.

BARROS, L. S. B; MAIA, S. F. M; MONTEIRO, M. C. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 388 – 396, 2016.

BARROS, F. P. C. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BARTHOLOMEW, K.; HOROWITZ, L. M. Attachments tyles among Young adults: a testof a four-category model. **Journal of personal and social psychology**, New York, v. 61, p. 226 – 244, 1991.

BASILE, C. Recomendações para a prevenção, mitigação e contenção da pandemia SARS-CoV-2 (covid-19) emergente nos centros de hemodiálise. **Journal Article**, American Association for CancerResearch [on-line], mar.
2020. DOI: 10.1093/ndt/gfaa069.

BAXTER, P.; JACK, S. Qualitative case study methodology: study designe and complementation for novice researchers. **The qualitative reporter**, New York, v. 13, n. 4, p. 544 – 559, 2008.

BEN-CHEIKH, Imen; RACHÉDI, Lilyane; ROSSEUAU, Cécile. Deuil complique selonlescultures: défis diagnostiques et limites desclassificationsinternationales. **Frontières**, v. 32, n. 1, p. 1 – 26, 2020. DOI: https://doi.org/10.7202/1072750ar.

BERTHOUD, C. C. M. E. **Re-significando a parentalidade**: desafio para toda uma vida. 368f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

BIONDI, M.; PICARDI, A. Psychological stress andneuroendocrinefunction in humans: thelasttwodecadesofresearch. **PsychotherPsychosom**, v. 68, n. 3, p. 114 – 150, 1996. DOI: 10.1159/000012323.
BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Female healthcare workers and the Covid-19 pandemic in Brazil: a sociological analysis of healthcare work. **Ciênc. saúde coletiva**, 2021; 26(3): 1013 – 1022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413 81232021263.42082020.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 1.013 – 1.022, mar. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413- 81232021263.42082020. Acesso em: 18 nov. 2023.

BOELEN, P. A.; PRIGERSON, H. G. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a

prospective study. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 257, n. 8, p. 311 – 314, 2007.

BOERNER, K. Models of coping with bereavement: an updated overview/Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. **Estudios de Psicología**, v. 38, p. 582 – 607, 2017.

BOGDAN, Biklen. **Qualitative Research for Education**. USA: PerasonEducation, 2006.

BONANNO, G. A. et al. Resiliense to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 83, n. 5, p. 1.150, 2002. DOI: https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.5.1150. Acesso em: 20 mar. 2023.

BONANNO, G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we under estimated the human capacity to thrive extremely aversive events? **Psychological Trauma**: theory, research, practice, andpolicy, v. S, n. 1, p. 101 – 113, 2004. DOI: 10.1037/1942-9681.S.1.101.

BONANNO, G. A. **The otherside of sadness**: wha the new science of bereavement tells us about life after loss. New York: Basic Books, 2009.

BOSS, P. A perda ambígua. In: WALSH, F.; McGOLDRICKI (Orgs.). **Morte na família: sobrevivendo às perdas.** Porto Alegre: ArtMed, 1998. Cap. 9, p. 187-198.

BOWLBY, J. **A secure base**: parente-child attachment and healthy human development. New York: Basic Boks, 2004 [1961].

BOWLBY, J. Apego. In: BOWLBY, J. **Apego e perda**. Volume 1. São Paulo: Martins Fontes, 2004a [1969].

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. Volume 1. Trilogia Apego e Perda. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BOWLBY, J. **Attachment and Loss**. Vol. 1: Attachment. Harmonds worth: Peguin, 1978a.

BOWLBY, J. **Attachment and Loss**. Vol. 2. Separation: anxiety, andanger. New York: Basic Books, 1973.

BOWLBY, J. **Attachment and Loss**. Vol. 2: Separation, anxiety, andanger. Harmonds worth: Peguin, 1978b.

BOWLBY, J. **Attachment and loss**. Vol. 3. Loss, sadness, depression. New York: Basic Books, 1995a.

BOWLBY, J. Attachment. In: BOWLBY, J. **Attachment and loss**. Volume 1. 2ª edição. London: Hogarth Press, 1998.

BOWLBY, J. **Attachment**. Vol. 1. Attachment Loss. London: Hogarth Press, 1982 [1969].

BOWLBY, J. **Attachment and Loss***:* Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*.* Nova York: Basic Books, 1981.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1990 [1979].

BOWLBY, J. Perda: tristeza e depressão. In: BOWLBY, J. **Apego e perda**. Volume 3. São Paulo: Martins Fontes, 2004c [1973].

BOWLBY, J. Separação. In: BOWLBY, J. **Apego e perda**. Volume 2. São Paulo: Martins Fontes, 2004b [1973].

BOWLBY, J. **The making and break in gofaffectionalbonds**. Londres: Routledge, 1995.

BOWLBY, J. ***Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego****.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 202 p.

BRADLEY, V. C. et al. Unrepresentative big surveys significantly over estimated US vaccine uptake. **Nature**, v. 600, n. 23/30, dec. 2021.

BRAGA, M. F. P. M. et al. Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, (P), p. e00069018, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: ações básicas. Série B. Brasília, DF: Centro de Documentação, 1984. Textos básicos de saúde 7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assitencia_integral_saude_criança.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fast-Track para a Atenção Primária em locais com transmissão comunitária**. Versão 6. 2020. Disponível em:

HTTPS://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/610. Acesso em: 01 jul. 2020.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 183 (seção 1): 68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2022, de 7 de agosto de 2017**. Altera o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimento de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/15644-portaria-no-2-022-de-7-de-agosto-de-2017. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022**. Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal, 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-17-de-19-de-julho-de-2022-418333366.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação/Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 09 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid19**. Versão 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080/90. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**, 2022. Tabela 12. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 22 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial 40** – Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 11 (14/03 a 20/03/2021). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: < http://portalms.saude.gov.br/sistema unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 20 ago. 2018.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Princípio da Precaução**. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2012. Disponível em: http://www.mma.gov.br/clima/protecao-da-camada-de-ozonio/item/7512. Acesso em: 21 maio. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bit.ly/2XzDbrr. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANSA e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: http//www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm. Acesso em: 13 jan. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, v. 3, n. 2. p. 77 – 101. 2006.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Editorial Psyll, 1994.

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998 – 2007). **Acta paul enferm** [on-line], 2010, 23(1): 131 – 135. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021. Acesso em: 9 abr. 2024.

BURKI, T. China's successful control of COVID-19. **The Lancet Infectious Diseases,** v. 20, n. 11, p. 1240-1241, 2020.

BUSCH, J. P. et al. Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. **Lancet,** v. 389, p. 1011-1024, 2020.

BUTLER, Judith. **Défaire Le Genre**. Paris: Éditions Amsterdam, 2006.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CABRAL, Elizabeth R. M. et al. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic Covid-19. **Inter American Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1, – 12, 2020. DOI: 10.31005/iajmh. v3i0.87. Disponível em: https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87/130. Acesso em: 21 jan. 2021.

CALAZANS, M. A vala comum de Turumã e as marcas da execução no Brasil. In: TELES, E. (Org.). **A pandemia e a gestão da morte e dos mortos**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo: Centro Antropológico e Arquivologia Forense (CAAF), 2021, p. 23 – 31.

CALHOUN, L. G.; TEDESCHI, R. G. The foundations of post traumatic growth: na expanded framework. In: CALHOUN, L. G.; TEDESCHI, R. G. (Orgs.). **Handbook of post traumatic growth**: research and practice. New York: Lawrence Erbaun Associates, 2004, p. 23.

CAMARGO, N C. et al. Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. Revista Bioética. Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 326-40. 2019.

CAMPOS, G. W. Reflexões temáticas sobre equidade em saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23 – 33, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

CAMPOS, J. L.; SEIDEL, A. M. **Manejo em campo e seus desafios**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Agronomia) – Universidade de Cuiabá, Cuiabá, 2022.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, 2020, 34(99), p. 209 – 224. DOI: https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013.

CARDINALLI, I. E. Transtorno de estresse pós-traumático: um estudo fenomenológico-existencial da violência urbana. 2011. 145 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CARDOSO, E. et al. The Effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2020, 28, e3361. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361.

CARDOSO, D. C. A. R.; BAHIA, L.; CARVALHO, E. M. C. L.; CARDOSO, A. M.; SOUZA, P. M. S. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 232-247, dez. 2021.

CARLSON, E. et al. Disorganized/Disoriented at tachment relationships in maltreated infants. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 525 – 531, 1989.

CARNUT, L.; NARVAL, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290 – 305, 2016.

CARR, C. M. et al. Como os cuidados com a saúde mental devem mudar como consequência da pandemia de covid-19. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, ed. 9, p. 813 – 824, set. 2020.

CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. São Paulo: SciELO-Editora Fiocruz, 2012.

CASELLATO, G. **Dor silenciosa ou dor silenciada?** Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade. Campinas: Livro Pleno, 2005.

CASELLATO, G. Luto não autorizado. In: FUKUMITSU, Karina O. (Org.). **Vida, morte e luto**: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018, p. 207 – 215.

CASELLATO, G. Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In: CASELLATO, Gabriela (Org.). **O resgate da empatia**: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus, 2015, p. 15 – 28.

CASELLATO, G. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2020. 264 p.

CASELLATO, G. **Luto por abandono**: enfrentamento e correlação com a maternidade. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

CASTRO, J. A. Bem-estar social brasileiro no século XXI: da inclusão ao retorno da exclusão social. **Educ. Soc.**, Campinas, 2019, 40.

CASTRO, B. L. G. COVID-19 e organizações: estratégias de enfrentamento para redução de impactos. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 20, n. 3, jul./set. 2020.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada (recurso eletrônico)**: guia prático para análise qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIAMBRETTO, P. et al. Validazione italiana Del Questionario Prolonged Grief Disorder (PG-12). **G Ital Med Lav Erg**, Itália, v. 30, n. 1, suppl. A, Psicol, 2008. Disponível em: http://gimle.fsm.it.

CHIDIEBERE, O. E.; TIBALDI, L.; LA TORRE, G. The impact of COVID-19 pandemic on mental health of nurses. **Clín. Ter**., 2020, 171(5): e399-e400. DOI: https://dx.doi.org/10.7417/CT.2020.2247.

CLEIREN, M. P. H. D. **Bereavement and adaptation**: a comparative study of the after math of death. Hemisphere Publishing Corp., 1993.

COELHO, T. G. U. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 205-214, maio/ago. 2013.

COELHO, F. C. et al. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the healthcare system. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.19.20039131v2.

COELHO, F. C.; LANA, R. M.; CRUZ, O. G. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, e00019620, p. 1 – 5, 2020.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen apoia Dia Nacional de Lutas em Defesa da Vida**, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-

COGO, Adriana Silveira et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19**: processo de luto no contexto da covid-19. Cartilha. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020.

COHN, A.; OCKÉ-REIS, C. O. Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. **Revista de política, planejamento e gestão em saúde**, v. 1, n. 1, p. 57 – 70, 2010.

COLEMAN, D. Development and factor structure of the Cross-Cultural Counseling Inventory – Revised. **Professional Psychology**: Researchand Practice, v. 22, n. 5, out. 1991, p. 380 – 388.

COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA. **Repositório das entrevistas** – Campinas/CS São Marcos [on-line]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2022 [atualizado 2022 Jun; citado em 2024 jan 14]. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1twOSvSn6onRQgpp1Sb0xma1aF-Py1Spx?usp=drive _link.

COLOSSI, P. M.; FALCKE, D. Gritos do silêncio: a violência psicológica no casal. **Psico**. V. 44, n. 3, p. 310 – 318, jul./set. 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN; SOUZA, Luís Paulo et al. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo coronavírus: quem cuidará de quem cuida?/Brazilian nursing against the new Coronavirus: Who will take care for those Who care? **Journal of nursing and health**, v. 10, n. 4, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Observatório da Enfermagem [on-line]. **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**, 2021 [citado 2021 maio 10]. Disponível em: http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Demografia médica no Brasil – 2020. In: SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil – 2020**. Cidade: editora, 2020, p. 312.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 010, de 21 de julho de 2005**. Aprova o código de ética profissional do psicólogo.

CONTE, D. et al. Publicandprivatesupplyofbedsandaccesstohealthcare in the covid-19 pandemic in Brazil. In: **SciELO Preprints**, v. 15, n. 08, p. 110 – 225, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1316. Acesso em: 12 jul. 2023.

COOK, A. S. The dynamics of ethical decision making in bereavement reserch. In: STROEBE, M. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement reserch**: consequences, coping and care. Washington: American Psychological Association, p. 119 – 142, 2001.

CORR, Charles A. Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” model in a sampling IF Recent American Textbooks. **OMEGA Journal of Death and Dying**, v. 0 n. 0, 2018, p. 1 – 29. DOI: 10.1177/0030222818809766.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde debate** [on-line], 2020, 44(125): 28.

COSTA, Jacqueline Camilo et al. O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêutica oncológica: uma revisão bibliográfica. **Vita et Sanitas**, Trindade/Go, v. 2, n . 02, 2008.

COSTA, N. R; LAGO, R. F. Complexo econômico-industrial da Saúde e a produção local de medicamentos: estudo de caso sobre sustentabilidade organizacional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 8 – 21, dez. 2020.

CREPALDI, Maria Aparecida; SCHMIDT, Beatriz; NOAL, Débora da Silva; BOLZE, Simone Dill Azeredo; GABARRA, Letícia Macedo. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. Contribuições da psicologia no contexto da pandemia da covid-19. **Estud. Psicol.**, v. 37, Campinas 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1982-0275-estpsi-37-e200090.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

CRESWELL, J. W. CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

CRESWELL, J. W. Revisão de literatura. In: CRESWELL, J. J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e misto. Porto Alegre: Artemed, 2010, p. 48 –75.

CRUZ, C. Após pico em março, mortes entre profissionais de enfermagem por covid 19 caíram em abril. Jornal O Globo [on-line]. Publicado em 4 maio 2021 [citado em 12 maio 2021]. Disponível em: http://https://oglobo.globo.com/ sociedade/saude/apos-pico-em-marco-mortes-entre-profissionais-de enfermagem-por-covid-19-cai-71-em-abril-25001971. Acesso em: 20 ago. 2021 .

CRUZ, R. M. et al. Covid-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. **Revista Psicologia**: Organizações e Trabalho. Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 1 – 2, 2020.

CUNHA, E. M. et al. Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na atenção primária em saúde: validação estatística em um território de saúde do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [on-line], 2021, 37(7): e00190220. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00190220.

CYRULNIK, B. **Falar de amor à beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. DA SILVA COSTA, Luis Henrique. O dilema chamado morte. **Revista Cedigma**, v. 1, n. 1, p. 1 – 12, 2024.

DELALIBERA, M.; COELHO, A.; BARBOSA, A. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. **Acta Med Port**, v. 24, n. 6, p. 935 – 942, 2011.

DELUMEAU, J. **História do medo no Ocidente**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DERKX, P., et al. Meaning in life and the experience of older people. **International Journal of Ageing and Later Life**, 2020, 14(1), 37 – 66.

DILÉLIO, A. T. et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2.594 – 2.606, 2014.

DOKA, K. J. How we grieve: culture, class, andgender. In: DOKA, Kenneth J. (Org.) **Disenfran chised grief**: new directions, challenges, and strategies for pratice. Illinois: Research Press, 2002, p. 337 – 350.

DOKA, K. J. Introduction. In: DOKA, Kenneth J. (Org.). **Disenfran chised Grief**: New directions, challenges, and strategies for practice. USA: Research Press Publishers, 2002 [1989], p. 5 – 22.

DOS SANTOS, Isabella Peixoto et al. Finitude e bioética no fim da vida: desafios éticos e considerações práticas no cuidado de pacientes terminais. **Revista Cedigma**, v. 2, n. 3, p. 81 – 94, 2024.

EISMA, M. C. et al. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. **Journal of abnormal psychology**, v. 122, n. 4, p. 407 – 421, 2020.

EL-GUEBALY, N. et al. Attachment among adult children of alcoholics. **Addiction**, v. 88, p. 1.405 – 1.411, 1993.

El-HAGE et al. Les professionnels de santé face à La pandémie de La maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leurs ante mentale. **En-cephale**, 2020, jun, 46(3): S73-S80.

ERIKSON, E. H. **Childhoodand Society**. Nova York: Norton, 1999 [1950].

ESTEVES, G. G. L., et al. Fadiga e Estresse comopreditores do Burnout em Profissionais da Saúde. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, 2019, 15(4), 695–702. DOI: http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2019.3.16943.

FAGUNDES, F. et al. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles: refletindo sobre o ODS 10 da Agenda 2030 e a justiça social em tempos de racionalidade neoliberal. **Salão do Conhecimento**, v. 6, n. 6, p. 1 – 12, 2020.

FARAHMANDNIA, B.; HAMDANIEH, L.; AGHABABAEIAN, H. COVID-19 and unfinished mourning. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 35, n. 4, p. 464-464, 2020. DOI: https://doi.org/10.1017/S1049023X20000631.

FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L. A.; ALVAREZ, R. E. C. As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. **Revista del CESLA**, v. 29, p. 11 – 26, jan.-jun. 2022.

FARIA, L.; GUIMARÃES, J. M.; ALVAREZ, R. E. C. A pandemia na América Latina: lições aprendidas para a educação e saúde no Brasil. In: FARIA, Lina et al. (Orgs.). **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**. Salvador: EDUFBA, 2023, p. 17 – 44.

FARIA, N. A.; GUIMARÃES, L. H. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da covid-19. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 37, e200067, p. 1 – 8, 2023.

FARIA, R.; BORTOLOZZI, A. A territorialização como proposta para organização da atenção básica à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): análise de uma prática geográfica da saúde. **Revista Geografia**, Rio Claro, v. 37, n. 3, p. 431 444, set/dez. 2012.

FARIAS, A.; GUIMARÃES, M. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, São Paulo, v. 1, n. 128, p. 13 – 26, 2021. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revusp/article/ view/185393. Acesso em: 11 ago. 2022.

FARIAS, Aponira Maria de; ROCHA, Mariela Campos; PIMENTA, Denise Nacif. Lutos em luta: medos e perdas enfrentadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, ano 30, n. 69, e690410, maio/ago. 2024.

FARINATTI, Débora. As múltiplas faces do traumático na pandemia: desafios e possibilidades. Horizontes Psicanalíticos, p. 21, 2021.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

FERNANDES, S. L.; GALINDO, D. C. G.; VALENCIA, L. P. Identidade quilombola: atuações no cotidiano de mulheres quilombolas no agreste de Alagoas. **Psicol. Estud.**, 2020, 25: e45031. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud. v25i0.45031.

FERNANDES, T. A.; SOUSA, B. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 24, n. 8, p. 273 – 293, 2019.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2.201 – 2.217, out. 2009.

FERREIRA, A. M. ConVid - Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de covid-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, abr. 2021.

FERREIRA-DE-SOUSA, A. H. A.; SANTANA, E. A. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 19, p. 2.201 – 2.217, 2016.

FIELD, N. P. Wheter to relinquis hormonta in a bond with the deceased. In: STROEBE, M. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008, p. 113 – 132.

FIELD, N. P.; FILANOSKY, C. Continuingbonds, riskfactors for complicatedgrief, andadjustmenttobereavement. **Death Studies**, v. 34, p. 1 – 29, 2010. DOI: https://doi.org/10.1080/07481180903372269.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: BASUALDO, E. M.; ARCEO, E. **Neoliberalismo y sectores dominantes**. Tendencias globales y experiencias nacionales. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006, p. 179 – 206.

FILGUEIRAS, F. A política pública de transparência no Brasil: tecnologias, publicidade e accountability. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016. Disponível em: https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/26492. Acesso em: 2 abr. 2023.

FONAGY, P. **Attachment the oryand psychoanalysis**. London: Other Press, 2001.

FONAGY, P. et al. O papel protetor da mentalização de experiências traumáticas: implicações quando da entrada na parentalidade. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 76 – 91, 2002.

FONSECA, S. C.; SADIM, L. K. Evitabilidade de óbitos fetais: reflexões sobre a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 7, e00265920, 2022.

FRANCO, M. H. P. Os múltiplos papéis que a pandemia impôs sobre os profissionais psicólogos. IN: FRANCO, M. H. P.; COGO, A. G.; ANDERY, M.C. R. (ORGs). A experiência no suporte emocional a enlutados na covid-19. Curitiba: CRV, 2023. 142 p. cap. 1, p. 17-24.

FRANCO, M. H. P. (Org.). **Formação e rompimento de vínculos**: o dilema na atualidade. São Paulo: Summus, 2010.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. 1ª edição. São Paulo: Summus, 2021.

FRANCO, M. H. P.; POLIDO, K. K. **Atendimento psicoterapêutico no luto**. Coordenação de Isabel Cristina. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.

FRANCO, M.; TINOCO, V.; MAZORRA, L. Reflexões sobre os cuidados éticos na pesquisa com enlutados. **Revista M.** – Reflexões sobre a morte e o morrer, 2017, 2(3), 138 – 151. Disponível em: http://seer.unirio.br/revistam/article/view/8153/7019.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [on-line], abr. 2019, 15(2): 345 – 53. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019.

FRANKL, V. E. **El hombre en busca del sentido último**: el análises existencial y laconciencia espiritual del ser humano. Buenos Aires: Paidós, 2006 [1959].

FREIRE, F. O. et al. Fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos: estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.** [on-line], 2020, 73(1): 1 – 9.

FREIRE, P. **A escola e o professor**: a paixão de ensinar. São Paulo: Publisher Brasil, 2019 [1996].

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Vol. 16. Companhia das Letras, 1917, p. 170 – 194.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1917; 1915].

FREUD, Sigmund. Mourning and melancholia. In: FREUD, S. **On meta psychologi**: the theory of psychoanalysis. Vol. 2. Harmondsworth: Peguim, 1984 [1917; 1915], p. 245 – 268.

FTEROPOULLI, B. L. R. et al. Long-term functioning status of COVID-19 survivors: a prospective observational evaluation of a cohort of patients surviving hospitalisation. **BMJ Open,** v. 12, n. 7, e057246, 27 jul. 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057246. PMID: 35896292; PMCID: PMC9334693. Acesso em: 20 ago. 2022.

GABRIEL, S. G.; PAULINO, M.; BAPTISTA, T. M. Luto: manual de intervenção psicológica. Lisboa, FCA Pactor, 2021. p. 452.

GADELHA, C. A. G. et al. O complexo econômico-industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Rev. Saúde Pública**, v. 46 (Supl), p. 21 – 28, 2012. Disponível em: www.scielo.br/rsp. Acesso em: 14 jul. 2024.

GANDRA, Elen Cristiane et al. Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. **Esc. Anna Nery**, 2021, 25(spe): e20210058. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058.

GESI, C. et al. Complicated grief: what to expect after coronavírus pandemic. **Frontiers in Psychiatric**, v. 11, n. 489, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264152/. Acesso em: 20 mar. 2022.

GIAMATTEY, M. E. et al. Rituais fúnebres na pandemia de Covid-19 E luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, 2022, 26, 1 – 9. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0208.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde debate** [on-line]. 2020, 44(spe4): 161–76. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate**, v. 26, n. 60, p. 37 – 61, 2002.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano M.; ALMEIDA, Patty F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.475 – 1.482, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSN T4BtZJgxYdjYG/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2020.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. São Paulo: LTC, 1993.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2018, p. 392 – 399.

GRANDESSO, M. A. **Sobre a construção de significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GREGIO, C. et al. O luto desencadeado por desastres. In: FRANCO, M. H. P. (Org.). **A intervenção psicológica em emergências**: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015, p. 189 – 228.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Epistemologicalandmethodological bases ofnaturalisticinquiry. **Educational Communications and Technology Journal**, v. 30, n. 10, p. 233 – 252, 1995.

HAGMAN, G. Beyond decathesis: toward a new psychoanalytic undestanding and treatment of mourning. In: NEIMEYER, R. (Org.). **Meaningreconstructionandthe**. **Int. J. Psycho-anal**, 2001.

HAGMAN, G. Mourning: a review andreconsideration. **Int. J. Psycho-anal.**, v. 76, p. 909 – 925, 1995.

HALL, C. Bereavement theory: recente developments in our understanding of grief and bereavement. **Bereavement Care**, v. 33, n. 1, maio 2014, p. 7 – 12.

HALL, C. R. et al. Imagery use byathletes: development of the Sport Imagery Questionnaire. **International Journal of Sport Psychology**, v. 29, n. 1, p. 73 – 89, 1998.

HALL, M.; IRWIN, M. Physiological índices of functioning in bereavement. In: STROEBE, M. S. et al. (Eds.). **Handbook of bereavement research**: consequences, coping, and care. American Psychological Association, 2001, p. 473 – 492. DOI: https://doi.org/10.1037/10436-020.

HAO, Q. et al. Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers Duringthe COVID-19 Pandemic: A Systematic Reviewand Meta-Analysis. **Frontiers in Psychiatry**, 2021, 12, 567381. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.567381.

HAYS, J. C.; HENDRIX, C. C. The role of religion in bereavement. In: STROEBE, M. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research and pratice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008, p. 327 – 348.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 73 – 84, 1998.
HENNEZEL M. e LELOUP J. Y. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes; 1999.

HISPAGNOL, I. G. R. O impacto de uma situação potencialmente traumática na relação de cuidados, sob a perspectiva da teoria do apego. 2017. 89f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontificícia Universidade Católica, São Paulo, 2017.

HOLLAND, P. R. et al. Neurobiologyofmigraine. **Neuroscience**, v. 161, n. 2, p. 327 – 341, jun. 2009.

HOMES, J. **Attachment, intimacy, autonomy**: using attachment theory in adult psychotherapy. New Jersey: Aronson, 1996.

HORTON, D. M. Systematized Review of Psychotherapeutic Components of Psilocybin-Assisted Psychotherapy. **Am J Psychother**, v. 74, n. 4, p. 140 – 149, dez. 2021.

HTAY, M. N. N. et al. How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? Across sectional multicountries study. **Clinical Epidemiology and Global Health**, 2020, 11, 100759. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100759.

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**. 2020, 395(10223): 497 – 506. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140 6736(20)30183-5. PMid:31986264.

IRWINE, M.; PIKE, J. **Manual do Luto**. Teoria, Pesquisa e Intervenção. Cambridge University Press, 1993, p. 160 – 172.
DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9780511664076.012.

JACOBS, I. et al. Creatine in gestión in creasesan aerobic capacity and maximum accumulate doxygen deficit. **Canadian Journalof Applied Physiology**, v. 22, n. 10, p. 231 – 243, 1997.

JACOBS, J. et al. **Morte e vida de grandes cidades**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

JAGER, M. E. DIAS, C. G. A paternidade na percepção de adolescentes de classes populares. **Psicologia**: ciência e profissão, 35 (3), p. 694 – 710, 2015.

JANOFF-BULMAN, Ronnie. **Shattered Assumption**: towards a new psychology of trauma. New York: Free Press, 1992 [Kindle Edition].

JUNIOR, D. F. C.; CABRAL, L. M. S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300317, p. 1 – 11, 2020.

KAREN, R. **Tornar-s**e: desvendando o mistério do vínculo bebê-mãe e seu impacto na vida adulta. Warner Livros, 1994.

KENTISH-BARNES, N. et al. Lived experiences of family members of patients with severe covid-19 who died in intensive care units in France.**JAMA Netw Open**, v. 4, n. 5, e2113355, jun. 2021.

KHANAL, P. et al. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. **Global Health**, 2020, 16(89).

KHEE, K. S. et al. **The psychological impact of SARS on healthcare providers**, 2004, 7, 99 – 106.

KIM, L. M.; JACOBS, J. **Morte e vida de grandes cidades**. Tradução de Carlos S. Mendes Rosa. 3ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 1993.

KLASS, D. et al. Developing a cross-cultural model ofgrief: the state of the field. **Omega**, v. 39, n. 3, p. 153 – 178, 1999.

KLASS, D.; SILVERMAN, P.; NICKMAN. Preface. In: KLASS, D.; SILVERMAN, P. R.; NICKMAN, S. L. (Orgs.). **Continuing bonds**: new understandings of grief. New York, London: Routledge, 1996, p. XVII – XXI.

KLASS, D.; WALTER, T. Processes of grieving: howbonds are continued. In: NEIMEYER, R. (Org.). **Meaning reconstruction and the experience of loss**. Washington DC: American Psichological Association, 2001, p. 431 – 444.

KOSMINSKY, P. **Memórias prescritivas no luto e na perda**. 1ª edição. Routledge, 2018.

KOVÁCS, M. J. Aproximação da morte. In: CARVALHO, V. A. de et al. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 388 – 397.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte**. Temas e Reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: KOVÁCS, Maria Julia (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. Representações da morte e pandemia: em busca da dignidade no final da vida. In: PALLOTTINO, E. R. et al.(Orgs.). **Luto e saúde mental na pandemia da covid-19**: cuidados e reflexões. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022, p. 73 – 87.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 4, p. 420 – 429, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf. Acesso em: 08 de ago. 2022.

KRISTENSEN, P. et al. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A Review. **Psychiatry**: Interpersonal and Biological Processes, 2012, 75(1), 76 – 97. DOI: https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Ed. Martins Fontes, 1985.

KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. **On grief and grievining**: finding the meaning of griefth rough the five stages of loss. New York: Scribner, 2005.

KUNZLER, A. M.; RÖTHKE, N.; GÜNTHNER, L.; et al. Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. **Globalization and Health**, v. 17, 2021. Artigo 34.

LACASTA-REVERTE, M. A. et al. Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por Covid-19. Un duelo diferente. **Medicina Paliativa**, 2020, 27(3), 201 – 208. Disponível em: https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020.

LAITANO, A. D. C. et al. Precarização do trabalho da enfermeira: militância profissional sob a ótica da imprensa. **Acta Paul Enferm**. 2019, 32(3): 305 – 311. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900042.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Educação superior em Enfermagem: o processo de trabalho docente em diferentes contextos institucionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1093-1102, 2014.

LIMA, I. D. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela saúde. In: MACHADO, C. V. (Org.). **Política de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 229 – 251.

LIMA, M. G. R.; NIETSCHE, E. A. Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de formação acadêmica. **Rev Rene**, v. 17, n. 4, p. 512-9, jul./ago. 2016.

LISBÔA, Márcia Lucrecia; CREPALDI, Maria Aparecida. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paideia** (Ribeirão Preto), v. 13, n. 25, p. 97 – 109, 2003.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação no campo profissional. **Revista da ABET**, 2018, 17(1): 28 – 46. DOI: http://dx.doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162.

LOW, L. **Enfermeiras negras na revolução constitucionalista de 1932**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2013, p. 98

MACHADO, A. V. et al. COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: repercussões das condições de trabalho e de saúde dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 10. p. 2.965 – 2.978, 2023. Disponível em: https://doi. org/10.1590/1413-812320232810.10102023. Acesso em: 14 set. 2023.

MACHADO, A. V. et al. The different impacts of COVID-19 on the mental health of distinct healthcare worker categories [no prelo]. **Journal of Health Psychology**, 2022, 1 – 16. DOI: https://doi.org/10.1177/13591053221120968.

MACHADO, M. H. (Coord). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP/Fiocruz, 2017.

MACHADO, M. H., et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm Foco**. [on-line], 2015, 6(1/4): 11 – 17. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf.

MACHADO, M.H., et al. Mercado de trabalho e processos regulatórios – A Enfermagem no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2020, 25(1): 101 – 112. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019.

MACHADO, Maria Helena et al. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por covid-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 405 – 419, 2023.

MAGALHÃES, J. R. et al. Implicações sociais e de saúde que acometem pessoas enlutadas pela morte de familiares por Covid-19. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2020, 34, 1 – 7. Disponível em: https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37007.

MAIN, M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multíplice (incoherent) model of attachment: findings and directions for future reserch. In: PARKES, C.; MARRIS, P.; STEVENSON-HINDE, J. **Attachment across the life cycle**. Londres: Routledge, 1991, p. 127 – 159.

MAIN, M.; GOLDWYN. Predicting rejection of her infant from mother's representation of herown experience: implications for the abused-abusing intergenerational cycle. **Child Abuse &Neglect**, v. 8, n. 2, p. 203 – 217, 1984.

MAIN, M.; HESSE, E. Parents'unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized att achment status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In: GREENBERG, T.; CICCHETTI, D.; CUMMINGS, E. M. (Eds.). **Attachment in the preschool years**: theory, research, and intervention. Chicago, IL: Universityof Chicago Press, 1990, p. 161 – 182.

MAIN, M.; SOLOMON, J. Procedures for Identifying Infants as Disorganised/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: In: GREENBERG, T.; CICCHETTI, D.; CUMMINGS, E. M. (Eds.). **Attachment in the preschool years**: theory, research, and intervention. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1990, p. 121 – 160.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327 – 338, 2016.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5-TR/American Psychiatric Association. 5ª edição, texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.

MARINHO, F. Óbitos por covid-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando? **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, e200053, p. 1 – 7, 2020.

MARQUES L. A. **Aspectos socioeconômicos da COVID-19**: o que dizem os dados do Município do Rio de Janeiro? n. 72, p. 28, jul. 2020.Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10155.
MARRIS, P. The social construction of uncertainty. In: PARKES, C.; MARRIS, P.; STEVENSON-HINDE, J. **Attachment across the lifecycle**. Londres: Routledge, 1991, p. 77 – 90.

MARRONE, M. A Teoria da Vinculação e alguns aspectos da sua aplicação clínica. **Revista psirelacional**: perspectivas relacionais em psicanálise, n. 3, p. 203 – 216, 2022.

MARRONE, M. **La teoria del apego**: um efoque actual. Madrid: Psimática, 2001.

MARTIN-DELGADO, J. et al. Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare Workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 15, n. 11, 2020. DOI: 10.1371/journal. pone.0242185.

MARTINS, C. D. S. et al. Fatores motivacionais que influenciam no desempenho dos colaboradores no ambiente de trabalho. **Id onLine**: Revista de Psicologia, 2018, 12(39), 262 – 281. DOI: https://doi.org/10.14295/idonline.v12i39.989.

MARTINS, L. W. F.; FRIZZO, G. B.; DIEHL, A. M. P. A. A constelação da maternidade na gestação adolescente: um estudo de caso. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 5 (3), p. 294 – 306, 2014.

MARTINS, V. Educação em tempos de pandemia no Brasil: saberes e fazeres escolares em exposição nas redes. **Revista Docência e Cibercultura**, v. 4, n. 2, p. 215 – 224, 2020.

MASSUDA, A.; TASCA, R.; MALIK, A. M. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 248 – 260, dez. 2020.

MATTA, G. C. et al. **Os impactos sociais da covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Série Informação para ação na Covid-19. Cidade: São Paulo: Fiocruz, 2021, p. 231 – 256.

MATTAR, M. A.; SZYMANSKI, H. Entrevista Reflexiva & Grounded-Theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 39, n. 3, p. 1 – 8, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 39 – 64.

MATTOS, R. A. **Teoria geral da administração**: uma introdução. São Paulo: Livraria Pioneira, 2004.

MAYLAND, C. R. et al. Supporting adults bereaved through covid-19: a rapid review of the impact of previous pandemic songrief and bereavement. **Journal Of Pain And Symptom Management**, New York, v. 20, n. 5, p. 1– 7, maio 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/.

MAYO, Adriana. Valores de tamanho corporal de mulheres brancas e negras. **Pesquisa em enfermagem e saúde**, v. 16, n. 5, p. 323 – 333, 1993.

MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MAZORRA, L. **A criança e o luto**: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

MCCRAE, R. R.; COSTA, JR., P. T. Psychological resilience among widowed menand women: a ten-year follow-up of a national sample. In: STROEBE, M. S.; STROEBE, W.; HANSSON, R. O. (Orgs.). **Handbook of bereavement**: theory, research, and intervention. Cambridge/Nova York: Cambridge University Press, 1993, p. 196 – 207.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro et al. Adoecimento mental dos médicos na pandemia de COVID-19. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2021, 11: 1-20. DOI: https://doi.org/10.25118/2763-9037.2021.v11.57.

MELLAN, T. et al. **Report 21**: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil [on-line], 2020. Disponível em: http://hdl.handle. net/10044/1/78872.

MELO, M. C. de; CESAR, I. D.; OLIVEIRA, R. E. M. de; BASTOS, T. F.; *et al*. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. **Inter-American Journal of Medicine and Health**, *[S. l.]*, v. 3, p. 1–12, 2020. DOI: 10.31005/iajm.v3i0.87. Disponível em: https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/87. Acesso em: 10 feb. 2024.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2.297 – 2.305, 2015.

MENEZES, R. A. de. A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos: uma revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro/The use of medicinal and phytotherapy plants: anintegrational review on the nurse's performance. **Brazilian Journal of Health Review**, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 1.511 – 1.523, 2019. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1383. Acesso em: 14 jul. 2024.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate** [on-line], 2019, 43(spe6): 70 – 83. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. Adult attachment and affectr egulation. In: CASSIDY, J.; SHAVER, P. R. (Eds.). **Handbook of attachment**: theory, research, and clinical applications. 2ª edição. The Guilford Press, 2008, p. 503 – 531.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. Security – Based self representations in adulthood: contents and process. In: RHOLES, W. S.; SIMPSON, J. A. **Adult attachment**: theory, research and clinical implications. Nova Iorque: Guilford, 2004, p. 159 – 195.

MILLÉO, A. Professora de Curitiba cria cartilha pra ajudar famílias em luto pelo coronavírus, assim como a dela. **Tribuna**. Publicado em 3 de junho de 2020. Disponível em: https://www.tribunapr.com.br/viva/professora-de-curitiba-cria-cartilha-praajudar-familias-em-luto-pelo-coronavirus-assim-como-adela/?fbclid=IwAR0OyBa0yQw9O1g_R6Lb_tl8gGUNei_BW9oKHnyiHFGq1d8_ CiSXu7NLoJk. Acesso em: 25 jul. 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S.; FREIRE, N. P. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 2020, 25(9): 3555-56. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413 81232020259.13742020.

MINAYO, M. C. S. et al. Pandemia exacerba desigualdades na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, 35(10): 2333-57 Disponível em:

https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742021. Acesso em: 11 de ago de 2023.

MOHAMMADI, T. et al. Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions. **Journal of social work in end-of-life & palliative care**, 2021, 16(2), 151 – 174.

MOORE, K. et al. Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19. Social **Science in Humanitarian Action Platform**, 2020. Disponível em: www.socialscienceinaction.org.

MOREIRA, J. O. **Luto e morte em tempos de pandemia**: reflexões a partir da psicologia. Editora UEMG, 2021.

MOREIRA, M. E. S.; CRUZ, I. L. da S.; SALES, M. E. N. **et al.** Metodologias e tecnologias para educação em tempos de pandemia COVID-19/Methodologies and technologies for education in times of pandemic COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 6281–6290, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-180. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11584. Acesso em: 13 out. 2022.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2021, 19, 1 – 14. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315.

MORRIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MORRIS, Sue E.; MOMENT, Amanda; THOMAS, Jane de Lima *et al*. Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 2, p. e70–e74, 2020.

NADEAU, J. W. Families making sense of death. Califórnia: Sage, 1997. In: PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. Columbia, 1994. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. São Paulo: MEDSI, 1998, p. 455 – 466.

NASCIMENTO, J. C. P. et al. Analysis of post-traumatic stress disorder in emergency professionals. **Acta Paul Enferm** [on-line], 2022, 35: eAPE03232. Disponível em: http://doi.org/10.37689/ acta-ape/2022AO03232.

NEIMEYER, R. A.; HARRIS, N. S. Quantitative or qualitative? Measure ment issues in the study of grief. In: STROEBE, M. S. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research**: consequences, copingandcare. Washington: American Psychological Association, 2011, p. 89 – 118.

NEIMEYER, R. A.; LEE, S. A. (2022). Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. **Death studies**, 2022, 46(1), 34 – 42.

NEIMEYER, R. Complicated grief and the quest for meaning: a constructivist contribution. **Omega**: Journal on death and dying, Nova Iorque, v. 52, n. 1, p. 37 – 52, 1998.

NEIMEYER, R. **Meaning resconstruction and the experience of loss**. Washington DC: American Psychological Association, 2001.

NEIMEYER, R.; JORDAN, J. R. Disenfranchisement as empathic failure: grief the rapy and the co-construction of meaning. In: DOKA, Kenneth J. (Org.). **Disenfranchised Grief**: new directions, challenges, andstrategies for practice. USA: Research Press Publishers, 2002, p. 95 – 117.

NETO, M. L. R. et al (2020). When health professionals look death in the eye: The mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. **Psychiatry Research**, 2020, 288, 112972. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112972.

NEVES, V. N. S. Ensino remoto emergencial durante a pandemia de covid-19 no Brasil: estado da arte. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. e325271, 2021. DOI: 10.47149/pemo.v3i2.5271. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/5271. Acesso em: 14 jul. 2024.

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

NORONHA, J. C. de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar principios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847 – 849, 2013.

O'LEARY, V. E.; ICKOVICS, J. R. Resilience and thriving in response to challenge: na opportunity for a paradigm shift in women's health.**Women's Health**, Hillsdale, N.J., v. 1, n. 2, p. 121 – 142, jan. 1995.

OCKÉ-REIS, C. O. **Descrição do gasto tributário em saúde** – 2003 a 2015. Nota Técnica nº 48. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

OLIVEIRA, A. Q. de et. al. Rituais de luto e sua função reconstrutura em desastres. In: FRANCO, M. H. P. (org**.). A intervenção psicológica em emergências**: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015, p. 229 – 258.

OLIVEIRA, M. C. Análise de estratégia para desenvolvimento de habilidade de comunicação de más notícias na formação de profissionais de medicina. 2018. 86f. Dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Diretriz estratégica para a enfermagem na Região das Américas**. Washington (DC): Organização Pan-americana da Saúde, 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **La cooperación de laorganización panamericana de lasalud ante los processos de reforma del sector salud**. Washington: OPAS, 1997.

OUYANG, H. et al. The increase of PTSD in front-line healthcare workers during the COVID-19 pandemic and the mediating role ofrisk perception: a one-year follow-up study. **Transl Psychiatry** [on-line], 2022, 12(1): 180. DOI: https://doi.org/10.1038/s41398-022-01953-7.

PACHECO, S. **Cuidar a pessoa em fase terminal**: perspectiva ética. Loures: Lusociência, 2022.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1.927 – 1.936, 2013.

PAIM, J. S. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: SANTOS, L.; AYRES, J. R. (Orgs.). **Saúde, sociedade & história**. São Paulo/Porto Alegre: Hucitec/RedeUnida, 2017, p. 375 – 392.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro; história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1778 – 1797, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**: e-book interativo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: Edufba/Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: ISC, 2002.

PAIM, J. S. **SUS** – Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Ateneu, 2019.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 165 – 181.

PAIM, J. S.; SILVA, M. The brazilianhealth system: history, advances, andchallenges. **Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1.778 – 1.797, 2010.

PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, M. Z. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2006, p. 567 – 586.

PAIM, J. S. The Guaritas Desert System (Cambro-Ordovician of Southern Brazil): an example of a wet desert depositional system. In: **INTERNATIONAL SEDIMENTOLOGICAL CONGRESS**, 14., 1994, Recife. *Abstracts*. [S.l.: s.n.], 1994. p. 15.

PALAMIM, C. V. C.; ORTEGA, M. M.; MARSON, F. A. L. Covid-19 na população indígena do Brasil. **J. Disparidades raciais e étnicas de saúde 7**, Santos, v. 2, n. 4, p. 1.053 – 1.058, 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s40615-020-00885-6. Acesso em: 10 dez. 2023.

PALLOTTINO, E. R.; KOVÁCS, M. J.; ACETI, D.; RIBEIRO, H. G. Luto e saúde mental na pandemia da covid-19: cuidados e reflexões. Novo Hamburgo: Synopys Editora, 2022.

PAN, H. Deepening the understanding of complicated grief among Chinese older adults: A network approach. **Asian J Psychiatr**, 2020, Apr, 50: 101966.

PARK, J.-S. et al. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. **Archives of Psychiatric Nursing**, 2018, 32(1), 2 – 6. DOI: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.006.

PARKES, C. M. Bereavement as a psychosocial transition: processes of adaptation to change. In: STROEBE, M. S.; STROEBE, W.; HANSSON, R. O. (Eds.). **Handbook ofbereavement**: theory, research, andintervention.Cambridge University Press, 1993, p. 91 – 101.

PARKES, C. M. Introduction. In: PARKES, C. M.; MARKUS, A. (Orgs.). **Coping with loss**. London: BMJ, p. 1 – 13, 1998b.

PARKES, C. M. Introduction: the historical landscape of loss: development of bereavement studies. In: NEIMEYER, R. A. et al. (Eds.). **Grief and bereavement in contemporany society**: bridging research and practice. New York: Routledge, 2011, p. 1 – 5.

PARKES, C. M. **Love and loss**: the roots ofgriefand its complications. London: Routledge, 2006.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998a.

PARKES, C. M. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.

PAYÁS, A. P. **Las tareas del duelo**. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Paidós Ibérica, 2010.

PEITO, Brenda de Brito; MELO, Milena Amaral; LONGO, Cristiano da Silveira. Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de paciente sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética. **Revista Psicologia em Foco**, Frederico Westphalen, v. 12, n. 17, p. 15 – 27, dez. 2023.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão

integrativa. **SciELO Preprints**, 2020a. DOI:https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.493.

PEREIRA, M. D. et al. Sofrimento emocional dos enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 8, e67985121, 2023 (CC BY 4.0) [versão impressa]. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9eu8.5121.

PEREIRA, S. R. M.; ANDRADE, K. B. S.; SOUZA, N. V. D. O.; CARNEIRO, E. *et al***.** Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. esp., e20200225, 2021.

PERELMAN, S. Technical performance in publicenterprises: a comparativestudyof railways and postal services. **European Economic Review**, v. 32, p. 432 – 441, 1996.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, v. X, n. 20, p. 109 – 126, jul./dez. 2005.

PESSINI, L. Sobre o conceito ético de mistanásia. **A12 Redação**, 2015. DOI: http://www.a12.com/redacaoa12/igreja/sobre-o-conceito-etico-de-mistanasia.

PEUKER, A. C.; MODESTO, J. G. **Estigmatização de profissionais de saúde**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2020. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/arquivos/To%CC%81pico_4_Trabalhando_com_profissionais_de_sa%C3%BAde_que_enfrentam_rea%C3%A7%C3%B5es_negativas_das_pessoas_ao_redor_durante_a_COVID-19_No_T%C3%B3pico_4_abordamos_como_entender_e_minimizar_a_estigmatizacao_dos_profissionais_de_sa%C3%BAde1.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PICKARD, D. Regulation of protein function through expression of chimaeric proteins. **Curr Opin Biotechnol**, v. 5, n. 5, p. 511 – 515, out. 1994. DOI: 10.1016/0958-1669(94)90066-3.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM. J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2015, p. 69 – 81.

PINTO, M.C.S. Educação, empregabilidade e mobilidade social: convergências e divergências. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 7, p. 368 – 384, 2009.

PIOLA, S. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2013.

PIRES, D. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enferm. em Foco** [on-line], 2010, 1(3): 114 – 8. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Jornada-de-30-horas semanais-condicao-necessaria-para-assistencia-de-enfermagem segura-e-de-qualidade.pdf.

PLITT, A. Eficácia e segurança do edoxabano em doentes com diabetes mellitus no ensaio ENGAGE AF-TIMI 48. **Revista Internacional de Cardiologia**, v. 304, p. 185 – 191, abr. 2020.

POMPEU, Eriton; SLOVIC, Anne. Desafios da Segurança da Saúde Global em tempos de pandemia: o acesso a Equipamentos de Proteção Individual na crise da covid-19. **Saúde Soc**., São Paulo, v.32, n.3, e230331pt, 2023.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; GRABOIS, Victor; TRAVASSOS, Claudia. **Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde**. Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Atlas Assistência Social Região Oeste**, 2019. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/ arquivos/Atlas_centroeste.pdf. Acesso em: 13 jul. 2023.

PRIGERSON, H. G. et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-1. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 8, e1000121, ago. 2009.

PRIGERSON, H. G.; JACOBS, J. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 288 – 297, 2010. DOI: 10.1177/0020764008101638.

PRIGERSON, H. G.; MACIEJEWSKI, P. K.; REYNOLDS, C. F. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. **Psychiatry Research**, v. 59, p. 65 – 79, 1995.

PRIGERSON, H. G.; SHEAR, K.; BIERHALS, A. J. Traumatic grief as a risk factor for mental and physica lmorbidity. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 5, p. 616 – 623, maio 1997.

PRIGERSON, H. G.; VANDERWERKER, L. C.; MACIEJEWSKI, P. K. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: STROEBE, M. S.; HANSSON, R. O.; SCHUT, H.; STROEBE, W. (Eds.). **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. American Psychological Association, 2007, p. 165 – 186. DOI: https://doi.org/10.1037/14498-008.

PRIGERSON, Holly. **Complicated grief, bereavement care**, v. 23, n. 3, 2004, p. 38 – 40. DOI: 10.1080/02682620408657612.

PRIGERSON, H. G.; SHEAR, M. K.; JACOBS, S. C. Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, p. 1.003 – 1.009, 1999.

RACHE, B. et al. **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à covid-19**: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Nota Técnica nº 3. IEPS: São Paulo, 2020.

RAMOS, M. V. M. **Formalizationofcontext-freelanguagetheory**. Dissertação (Mestrado em Ciência da Computação) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

RAMOS, D. S.; FREITAS, T. F.; SOUZA, G. R. de; PEREIRA, É. J. *et al* Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19. **J Bras Psiquiatr.,** 2021, v. 70, n. 4, p. 283-92.

RAMOS-TOESCHER, A. M. et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Esc. Anna Nery**, 2021, 24(spe): 1 – 7.

RAN, L et al. Risk factors of health care workers with corona vírus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of wuhan in China. **Clin Infect Dis.**, 2020, 71(16): 2218 – 2221. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa287. PMid:32179890.

RANDO, T. A. et al. A call to the field: complicated grief in the DSM-V. **Omega**, v. 65, n. 4, p. 251 – 255, 2012.

RANDO, T. A. On achieving clarity regarding complicated grief: lessons from clinical practice. In: STROEBE, M.; SCHUT, H.; VAN DEN BOUT, J. (Eds.). **Complicated grief**: scientific foundations for healthcare professionals. East Sussex, UK: Routlede, 2013, p. 41 – 54.

RANDO, T. A. Prolonged grief disorder is not the whole story: the broader spectrum of complicated grief. Full Day Specialty Workshops: prolonged grief disorder is not the whole story: the broader spectrum of complicated mourning. In: ADEC 38th. **Annual Conference**. 13 abr. 2016. Minneapolis, EUA.

RANDO, T. A. **Treatment of complicated mourning**. Illinois: Rechearch Press, 1993.

RANGEL, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022, 12 (5): 1375 – 1385. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500035.

RAVAJA, N. et al. Feeling touched: emotionalmodulationofsomatosensorypotentialstointerpersonaltouch. **Scientific**

Reports, v. 27, n. 40.504, 2017. Disponível em: https://www.nature.com/articles/srep40504. Acesso em: 08 jun. 2022.

REZENDE, C. Possíveis desdobramentos das complicações do luto no pós-pandemia. In: PALLOTTINO, E. R. et al.(Orgs.). **Luto e saúde mental na pandemia da covid-19**: cuidados e reflexões. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022, p. 31 – 39.

RIBEIRO, A. L. P. Cardiovascular health in Brazil trends and perspectives. **Circulation**, v. 133, n. 4, p. 422 – 433, 2016. DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727. Acesso em: 10 ago. 2022.

RIBEIRO, Kelen Gomes Ribeiro et al. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.30, n.4, e201058, 2021.

ROBERTSON, J.; BOWLBY, J. **Responses of Young childrentoseparationfromtheirmothers**. Courrier de la Centre International de l'Enfance, 2, 1952, p. 131 – 142.

ROCHA, K. P. M.; BARROS, W. C. T. S.; OLIVEIRA, L. P. B. A.; ALMEIDA-JÚNIOR, J. J. A. Vivências de luto e saúde mental da enfermagem na pandemia da COVID-19: o que nos diz a literatura?
Saúde Coletiva (Barueri), [S. l.], v. 11, n. 62, p. 5092–5096, 2023.
DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5092-5096.
Disponível em:
https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1033.

RODNING, C. et al. Quality of attacment and home environments in children pré-natally exposed to PCP and cocaine. **Developmentand Psychopathology**, v. 3, p. 351 – 366, 1991.

RODRIGUES, É. A. *et al*. A Atuação do Psicólogo na Atenção Primária da Saúde. **Conversas em Psicologia**, 2022, 3(1), 19 – 19. DOI: https://doi.org/10.33872/conversaspsico.v3n1.a1.

RODRIGUES, S. P. M. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v. 19, n. 3, p. 286 – 299, maio. 2014.

RODRÍGUEZ, B. O.; SÁNCHEZ, T. L. The psychosocial impact of COVID-19 on health care workers. **International braz j urol**, [s. l.], v. 46, supl. 1, p. 195 – 200, July 2020. DOI: https:// doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.S124. Acesso em: 22 out. 2022.

ROMLI, M. H. et al. Restructuring education activities for full online learning: findings from a qualitative study with Malaysian nursing students during Covid-19 pandemic. **BMC Med Educ** [on-line]. 2022, 22(1): 535. DOI: https://doi.org/10.1186/s12909-022-03587-1.

ROSA, Danielle Souza Santa; COUTO, Selma Aleluia. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 92 – 104, ago. 2015.

ROSA-CÓMITRE, A. C. D. et al. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], 2023, 28(12): 3553–62. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023.

RUBIN, S. Parental response to child loss across the life cicle: clinical and research perspective. In: STROEBE et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research**: consequences, coping and care. Washington: American Psychological Association, p. 219 – 240, 2000.

RUBIN, S.; MALKINSON, R.; WILTZUM, E. Loss bereavement and trauma: aN overview. In: RUBIN, S.; MALKINSON, R.; WILTZUM, E. **Traumatic and nontraumatic loss and berevement**: clinical, theory and practice. Madison: Psychosocial Press, p. 5 – 40, 2000.

SALOMÉ, G. M. et al. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, set./out. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/05.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SANETTI, L. M. H.; KRATOCHWILL, T. R. **Treatment integrity**: a fondation for evidence-based practice in Applied psychology. Washington: American Psychological Association, 2014.

SANTANA, Júlio César Batista; PESSINI, Leocir; SÁ, Ana Cristina de. Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. **Rev. Enfermagem**, Goiás, v. 20, n. 1, p. 1 – 12, mar. 2017.

SANTOS et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. In: ESCOLA ANNA NERY. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDc6hp/#>. Acesso em: 20 set. 2021.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 8, p. 25 – 41, 2006.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro:

Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 73 – 131. Disponível em: http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf. Acesso em: 13 jul. 2023.

SANTOS, L. et al. Rede interfederativa de saúde. In: CARVALHO, G. et al. (Eds.). **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização do SUS. 2ª edição. Campinas: Saberes, 2013, p. 35 – 74.

SANTOS, M. A. B. et al. Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da conta de saúde de 2000 a 2007. **Revista Panamericana de Salut Pública**, v. 31, n. 2, p. 153 – 160, 2012.

SANTOS, W. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429–438, 2014.

SANTOS, M. A.; SERVO, I. M. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração de serviços. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento/OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 205 – 246.

SANTOS, S. R.; OLIVEIRA, A. J. S; ALBUQUERQUE, A. Taxa de letalidade da esquistossomose nos estados do Nordeste brasileiro entre os anos de 2019 e 2022. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, suplemento 1, out. 2023, 103577. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103577. Acesso em: 04 abr. 2022.

SAUTERAUD A. Lesstades de deuil n'existentpas. **Journal of thérapie comportementale et cognitive**, França, v. 15, n. 8, 2018, p. 1 – 3. Disponível em: https://www.fcfq.coop/chroniques/deuil-suite-mortviolente-reconnaitre-inacceptable-235/. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.02.001. Acesso em: 18 maio 2021.

SCHAEFER, J. A.; MOOS, R. H. Bereavement experiences and personal growth. In: STROEBE, M. S. et al. (Eds.). **Handbook of bereavement research**: consequences, coping, and care. American Psychological Association, 2001, p. 145 – 167. DOI: https://doi.org/10.1037/10436-006.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novocoronavírus (covid-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, p. 1 – 13, 2020.

SCHNEIDER, C.; LAURENT, E.; LEMAIGNEN, A.; BEAUFILS, E.; BOURBAO-TOURNOIS, C.; LARIBI, S.; FLAMENT, T.; FERREIRA-MALDENT, N.; BRUYÈRE, F.; STEFIC, K.; GAUDY-GRAFFIN, C.; GRAMMATICO-GUILLON, L.; BERNARD, L. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, p. 258-263, 2021.

SCHUT, H. The efficacy of bereavement interventions: determining Who benefits. In: STROEBE, M. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research**: consequences, coping and care. Washington: American Psychological Association, 2001, p. 705 – 737.

SELMAN, L. E. et al. Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinician. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2020, 60(2), e81-e86. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024.

SELMAN, L. E. et al. Sadness, despairan danger when a patient dies alone from Covid-19: A thematic content analysisof Twitter data from bereaved family members and Friends. **Palliative Medicine**, 2021, 35(7), 1267 – 1276. Disponível em: https://doi.org/10.1177/02692163211017026.

SHAH, J. et al. Mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey from three major hospitals in Kenya. BMJ Open, 2021, 11: e050316.

SHEAR, Katherine; SHAIR, Harry. Attachment, Loss, andComplicatedGrief. **DevPsychobiol**, v. 47, n. 20, p. 253 – 267, 2005. DOI: 10.1002/dev.20091.
SHOJAEI, S. F.; MASOUMI, R. **The Importance of Mental Health Training for Psychologists in COVID-19 Outbreak, Middle East J Rehabil HealthStud**. Online a head of Print, 7(2): e102846, 2023.

SHORE, D. I. Visual prior entry. **Psychologicalscience**, v. 12, n. 3, maio 2001, p. 205 – 212.

SILVA, D. R. **EMDR como possibilidade de psicoterapia para o luto**: um estudo de caso instrumental coletivo. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

SILVA, R. B. R. et al. Calomyscallosus: an experimental animal model applied to parasitic diseases investigations of public health concern. **Pathogens**, v. 11, n. 23, p. 369, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/pathogens11030369. Acesso em: 26 out. 2023.

SILVA, L. H. *et al*. A morte e o morrer no contexto hospitalar: a importância do acompanhamento psicológico aos pacientes e familiares. **Revista Cedigma**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 1–14, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13152581. Disponível em: https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/17. Acesso em: 14 set. 2024.

SILVEIRA, F. G. **Equidade fiscal**: impactos distributivos da tributação e do gasto social. XVII Prêmio Tesouro Nacional 2012. Brasília: ESAF/Tesouro Nacional, 2012.

SIM, K.; CHUA, H. C. The psychological impact of SARS: A matter of heartand mind. CMAJ: **Canadian Medical Association Journal**, 2004, 170(5), 811 – 812. DOI: https://doi.org/10.1503/cmaj.1032003.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.

SINGER, M. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. **Med Anthropol Q.**, v. 17, n. 09, p. 423 – 441, 1990.

SIQUEIRA, N. P. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 171 – 179, 2013.

SLEE, T. **Uberização**: a nova onda do trabalho precarizado. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

SOARES, C. B.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V. Nursing workers: Covid-19 pandemic and social inequalities. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2020, 54: e03599. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020ed0203599. PMid:32965444.

SOUZA, C. E.; VIANA, J. C. The use of versatile plant antimicrobial peptides in agribusiness and human health. **Peptides**, v. 55, p. 65 – 78, 2014.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA I. do C. C. Twenty yearsof SUS: reflections in a contextofchanges. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509 – 517, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004.

SOUZA, L. E. P. F. D.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 607 – 623, 2014.

SOUZA, L. M. de. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar.-abr. 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 19 ago. 2022.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Uberisation risk of nursing work in times of Covid-19 pandemic: experience report. **Res. Soc. Dev.**, 2020, 9(10): 1-21. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9060.

SCHRAMM, T.; REGO, S.; N.; GOMES, B. B., *et al.* Comment COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. **Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 846–848, Mar. 2020.

SCHIMIDT, C. P. Máscaras N95: alterações de pele em profissionais de saúde do norte brasileiro. **Acta Paul Enferm**., 2023, v. 36, eAPE00582.

STAKE, R. E. Qualitative case studies. In: DEZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. 2ª edição. Thousand Oaks: Sage, 2005, p. 443 – 466.

STAKE, R. E. **Qualitative researsh**: studying how things work. New York: The Guil Ford Press, 2010.

STAKE, R. E. The uneasy case for adverse possession. **Geo. Lj**, v. 89, p. 2.419, 2000.

STEVANIM, L. F. Trabalho humano: entre a angústia e a força, conheça as histórias de trabalhadores e trabalhadoras do SUS no enfrentamento ao novo coronavírus. **Radis**: comunicação e saúde, [s. l], n. 213, p. 10 – 17, 2020. Disponível em: https://radis. ensp.fiocruz.br/todas-edicoes/radis-213/. Acesso em: 9 jul. 2021.

STROEBE, M. S. et al (Orgs.). **Handbook of bereveament research**: consequences, coping and care. Washington: American Psychological Association, 2001.

STROEBE, M. S. et al. (Eds.). **Handbook of bereavement research and practive**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008.

STROEBE, M. S.; SCHUT, H. Models of coping with bereavement: a review. In: STROEBE, M. S. (Orgs.). **Handbook of bereavement research**: consequences, coping and care. Washington: American Psychological Association, 2001b, p. 375 – 403.

STROEBE, M. S.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement. In: NEIMEYER, R. A. (Org.). **Mean ingre construction and thee xperience of loss**. Washington: American Psychological Association, 2001a, p. 22 – 73.

STROEBE, M. S.; STROEBE, Wolfgang; HANSSON, Robert O. Bereavement research and theory: an introdution to the Handbook. In: STROEBE, Margaret S.; STROEBE, Wolfgang; HANSSON, Robert O. (Orgs.). **Handbook of Bereavement**: theory, research, and intervention. New York: Cambridge University Press, 1993.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197 – 224, 1999. DOI: 10.1080/074811899201046.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; BOERNER, Kathrin. Cautioning health-care professionals: bereaved persons are misguided through the Stages of Grief. **Omega**, v. 74, n. 4, p. 455 – 473, 2017. DOI: 10.1177/0030222817691870.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; STROEBE, W. Attachment in copingwithbereavement: a theoreticalintegration. **Rev. General Psychology**, n. 1, v. 9, p. 48 – 66, 2007.

STROUFE, L. A.; WATERS, E. Heart rate as a convergente measure in clinical and developmental research. **Merrill-Palmer Quarterly**, v. 23, n. 15, p. 3 – 27, 1977.

STUIJFZAND, S.; DEFORGES, C.; SANDOZ, V.; SAJIN, C. T. *et al*. Psychological impact of an epidemic/ pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. **BMC Public Health**, 2020, v. 20, art. 1230, doi: 10.1186/s12889-020-09322-z.

SZWARCWALD, Z. L.; MACHADO, D. B. Avaliação da relevância de indicadores no acompanhamento dos determinantes sociais e no progresso em direção à saúde equitativa da população no Brasil. **Ação de Saúde Global**, v. 9, n. 20, 2016, Edição 1. Disponível em: https://doi.org/10.3402/gha.v9.29042. Acesso em: 21 jun. 2023.

SZYMANSKI, H. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico para a entrevista em pesquisa. **Revista Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 11, n. 12, p. 193 – 215, 2001.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm**., 2013, 66(esp.): 102 – 110. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014.

TEIXEIRA, Maria Glória et al. Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2020, v. 29, n. 4. DOI: https://doi.org/10.5123 /s167949742020000400015.

TEIXEIRA, Mirna Barros. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 52 – 68, 2014.

TESTONI, I. et al. The COVID-19 disappeared: from traumatic to ambiguous loss and the role internet for the bereaved in Italy. **Frontiers in Psychiatry**, 2021, 12, 564. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620583.

THE LANCET. Truthtelling in medical practice: students' opinions versus their observations of attending physicians' clinical practice. **Psycho-oncology**, Hoboken, v. 22, n. 7, p. 1605 – 1610, 2020.

TOJAL, D. Validity of the energy-restricted Mediterranean diet adher-encescreener. **Clinical Nutrition**, v. 40, n. 8, p. 4.971 – 4.979, 2023.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975 – 986, 2006.

TREZZA, M. C. A. F. et al. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev. Bras. Enferm**., 2008, 61(6): 904 – 908. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600019. PMid:19142401.

TURATO, E. R. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química? **Ciência & Saúde Coletiva**,São Paulo, v. 18, n.10, p. 1.827 – 1.834, 2013.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas, 2003, p. 685 – 685.

VACHON, A. R.; MIRAGLIA, J. L.; MALHEIRO, D. T.; GUOZHANG, Y. *et al.* Longer-term effectiveness of a heterologous coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccine booster in healthcare workers in Brazil. **Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.**, 2023, jun. 22, v. 3, n. 1, p. e104. doi: 10.1017/ash.2023.173.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS –R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p.1 2-1, set. 2010.

VENÂNCIO, M. **Luto, construções clínicas e elaborações subjetivas de familiares diante da morte de seus entes hospitalizados em UTI**. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2020.

VENTURA, M. M**.** O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev. Socerj,** 2007, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out.
VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 13, p. s217 – s226, 2009.

WALLACE, C. L.; WLADKOWSKI, S. P.; GIBSON, A.; WHITE, P. Luto durante a pandemia de COVID-19: considerações para profissionais de saúde paliativos. **Journal of Pain and Sympton Management**, v. 60, n. 1, p. 70 – 76, 2020. Disponível em: https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(20)30207-4/fulltext. Acesso em: 20 set. 2022.

WALSH, F. Loss and resilience in the times of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. **Family process**, 2020, 59(3), 898-911. DOI: https://doi.org/10.1111/famp.12588.

WALSH, F. **Strengthening Family resilience**. Nova Iorque: Guilford Press, 1998.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na família**: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Strengthening Family resiliense**. Nova Iorque: Guilford Press, 1991.

WALTER, T. A new model of grief. **Bereavement and biography**. Mortality, Filadélfia, v. 1, n. 1, p. 7 – 25, 1996.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (covid-19) epidemica mong the General Population in China. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 5, E1729, mar. 2020. DOI: 10.3390/ijerph17051729.

WEISS, R. S. The nature and causes of grief. In: STROEBE, M. S. et al. (Orgs.). **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 1993, p. 29 – 44.

WHITEHEAD, W. E. **Effects of stressful life events on bowel symptoms**: subjects with irritable bowel síndrome compared with subjects without bowel dysfunction. **Johns Hopkins University School of Medicine**, Baltimore, Maryland, v. 33, n. 6, p. 56 – 98, 1992.
WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais da saúde mental. 4ª edição. São Paulo: Roca, 2013.

WORDEN, J. W. **Grief couns elingand grief therapy**: a handbook for the mental healthpractitioner. New York: Springer Publishing Company, 2018.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the world's nursing 2020**: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO global model regulatory framework for medical devices including in vitro diagnostic medical devices**. Geneve: World Health Organization, 2017.

XAVIER, Pedro Bezerra et al. Processo de trabalho em Saúde durante a pandemia da covid-19: desafio e potencialidades. **Boletim de Conjuntura**, ano VI, vol. 18, n. 53, Boa Vista, 2024.

XIANG, Y. T. et al. Timely mental healthcare for the 2019 novel coronavirus outbreak isurgently needed. **Lancet Psychiatry**, 2020, 7(3), 228–229. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8.

ZHANG, Y.; MA, W. A Survey on the Fairness of Recommender Systems. **ACM Transactions on Information Systems**, v. 41, n. 3, art. 52, fev. 2023.

YARDLEY, S.; ROLPH, M. Death and dying during the pandemic. **BMJ**, 2020, v. 369, p. m1472, 15 abr. 2020. doi: 10.1136/bmj.m1472.

YIN, R. K. **Case study research**. Design and methods. 5ª ed. Thousand Oaks: Sage, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ANEXO A - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA INTERVENÇÃO DO LUTO COMPLICADO EM USUÁRIOS ENLUTADOS PELA COVID-19 NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

Objetivo

Oferecer diretrizes para assistência psicológica integral a usuários enlutados pela COVID-19 em Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Fundamentado nos estudos sobre o luto e nos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), o protocolo visa a identificar demandas emocionais relacionadas ao luto, fornecer suporte/atendimento psicológico e orientar ações integradas com outras equipes de saúde.

Eixos do Protocolo

1. Identificação

Fundamento: garantir o registro completo e padronizado do usuário e do atendimento realizado.

Informações do Usuário:

- Nome completo (sem abreviaturas).
- Sexo (1 para masculino, 2 para feminino).
- Idade (em anos inteiros).
- Número do prontuário ou registro na UBS.
- Código identificador alternativo: iniciais dos três primeiros nomes, data de nascimento no formato ddmmaa e código de gênero.
- Endereço e telefone de contato para acompanhamento.
-

Informações do Atendimento:

- Data do atendimento (dd/mm/aaaa).
- Tipo de atendimento:
    - **Prioritário**: para casos de sofrimento agudo.
    - **Rotina**: acompanhamento contínuo para monitoramento do luto.

    - **Solicitação**: atendimento solicitado por outro profissional da UBS, pelo usuário ou familiar.
- Profissional ou equipe responsável pela solicitação do atendimento.

---

2. Suporte Social

Fundamento: avaliar a rede de apoio e recursos disponíveis para o usuário.

Aspectos a Avaliar:

- Presença de familiares ou amigos próximos.
- Acesso a grupos de apoio comunitários ou religiosos.
- Situação econômica e segurança alimentar.
- Rede de serviços de apoio, como assistência social ou organizações locais.
- Percepção do usuário sobre o suporte recebido (suficiente ou insuficiente).

Intervenções:

- Indicar grupos de apoio ao luto na comunidade, se disponíveis.
- Mobilizar agentes comunitários de saúde (ACS) para monitoramento domiciliar, se necessário.
- Encaminhar para programas de assistência social em casos de vulnerabilidade identificada.

Princípios orientadores

1. **Cuidado Integral**: proporcionar assistência que aborde as dimensões biopsicossociais do usuário.
2. **Interdisciplinaridade**: estimular a integração do psicólogo com outras equipes da UBS.
3. **Flexibilidade**: permitir a adaptação do protocolo às especificidades de cada usuário e contexto.
4. **Humanização do Atendimento**: promover acolhimento, empatia e respeito às subjetividades do processo de luto.

Contexto de aplicação

Este protocolo é destinado a usuários da UBS que tenham vivenciado perdas relacionadas à covid-19, considerando as particularidades desse tipo de luto: ausência de rituais funerários, isolamento social e perdas traumáticas ou múltiplas. Ele é aplicável tanto em atendimentos presenciais quanto em teleatendimentos.

Etapas do Protocolo

1. Levantamento inicial das demandas

Objetivo: identificar a população-alvo e compreender as principais necessidades relacionadas ao luto.

Ações:

- Articular com as equipes da UBS para identificar usuários em situação de luto.
- Utilizar registros e históricos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para mapear casos de perda por covid-19.
- Promover campanhas de conscientização sobre os serviços disponíveis para enlutados.

---

2. Triagem e escuta inicial

Objetivo: estabelecer um primeiro contato e identificar sinais de luto complicado.

Metodologia:

- Conduzir uma entrevista semiestruturada para explorar:
    - A perda vivenciada (quem faleceu, circunstâncias, impacto emocional).
    - Emoções predominantes (tristeza, culpa, raiva, medo).
    - Suporte social disponível.
    - Impacto funcional no dia a dia (trabalho, família, autocuidado).

- Aplicar, se necessário, escalas simples para identificar sintomas de depressão ou ansiedade (ex.: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS).

Produto esperado: identificação do problema ativo, ou seja, a principal queixa ou necessidade do usuário no momento da triagem.

---

3. Categorização do luto

Objetivo: determinar a complexidade do caso para orientar a intervenção.

Categorias:

- **Luto Normal**: reações emocionais intensas, mas que não interferem significativamente na funcionalidade.
- **Luto Complicado**: presença de sintomas como culpa intensa, desesperança ou funcionalidade prejudicada, associado a perdas múltiplas ou entendidas como violentas para o enlutado.

Encaminhamento:

- **Luto normal**: acompanhamento na UBS.
- **Luto complicado**: encaminhamento para serviços especializados em saúde mental.

---

4. Intervenção inicial

Objetivo: oferecer suporte psicológico breve e fortalecer a resiliência do usuário.

Ações:

- Realizar acolhimento emocional com escuta ativa.
- Orientar sobre o processo de luto, validando emoções e fornecendo informações sobre reações comuns.
- Mobilizar recursos de apoio social e comunitário.
- Encaminhar para grupos de apoio ou intervenções coletivas, quando disponíveis.

---

5. Monitoramento e Acompanhamento

Objetivo: avaliar a evolução emocional do usuário e identificar novas demandas.

Ações:

- Realizar contatos periódicos para verificar mudanças no estado emocional e na funcionalidade.
- Documentar sistematicamente no prontuário para garantir continuidade do cuidado.
- Reencaminhar, se necessário, para suporte especializado ou recursos comunitários.

Rotinas de atuação

1. **Articulação Institucional**:
   Realizar reuniões regulares com equipes de enfermagem, médicos e agentes comunitários para atualização de casos e alinhamento das estratégias (reuniões de matriciamento semanal).
2. **Banco de Dados**:
   Manter registros qualitativos e quantitativos sobre os atendimentos, garantindo informações que subsidiem ações de planejamento e pesquisa.
3. **Revisão Periódica do Protocolo**:
   Realizar atualizações anuais com base nas demandas emergentes e *feedbacks* das equipes e usuários.

Resultados esperados

- **Para os usuários**: promoção do bem-estar emocional, redução do sofrimento relacionado ao luto e fortalecimento da rede de apoio.
- **Para a UBS**: melhoria da articulação interdisciplinar e qualificação do atendimento psicológico.
- **Para a comunidade**: maior acesso a informações e recursos sobre enfrentamento do luto e saúde mental.

Conclusão

Este protocolo oferece um modelo adaptável às UBSs, integrando práticas psicológicas fundamentadas às necessidades específicas do contexto de luto pela covid-19. Sua aplicação visa a transformar o sofrimento em cuidado, reconhecendo a singularidade de cada vivência e fortalecendo a relação entre usuário, equipe de saúde e comunidade.

Cabe salientar que os registros no prontuário coletivo dos usuários serão realizados de forma concisa, ajustando as informações necessárias para que se entenda o que for abordado pelo usuário durante o atendimento, de modo que os demais profissionais da equipe possam compreender os aspectos psicossociais envolvidos. No entanto, questões importantes que serão trazidas ao psicólogo, como situações de violência doméstica, violência sexual, questões jurídicas, entre outras, constituirão aspectos que exigirão do profissional de psicologia uma reflexão mais atenta sobre a prática do registro de informações.

Diante dessas questões, será fundamental dialogar com a equipe para definir os pontos principais que serão descritos no prontuário e, assim, estabelecer uma linguagem acessível com as informações mais importantes para a coordenação e continuidade da atenção aos usuários.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução nº 001/2009 (Art. 1º), torna obrigatório o registro documental, em prontuário coletivo, da prestação de serviços psicológicos quando não for possível mantê-lo preferencialmente como prontuário psicológico. Esse registro, em papel ou informatizado, é sigiloso e deve reunir, de forma sucinta, as informações sobre o trabalho prestado, a descrição e a evolução das atividades, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados. De acordo com o Art. 6º, em serviço multiprofissional, o registro do psicólogo deve ser feito em prontuário único. A mesma resolução (001/2009) esclarece que apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho devem ser registradas no prontuário coletivo.

Essas observações devem orientar o registro de informações no formato em papel ou eletrônico, assegurados, também, pela Lei Geral de Proteção de Dados

Pessoais (LGPD, n. 13.709/2018), que protege os direitos fundamentais de liberdade e privacidade de cada usuário.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: “O luto pela covid-19: repercussões nos profissionais de saúde e usuários da Atenção Básica”.

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa. Este projeto será desenvolvido pela pesquisadora Vanessa Rigonatti, psicóloga, CRP 06/89199, sob a orientação da Prof.ª. Dra. Maria Helena Pereira Franco, pesquisadora e coordenadora do Laboratório de Estudos e Intervenção em Luto (LELu), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP), tendo como instituição coparticipante a Secretária Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC – SP. A pesquisa tem como objetivos gerais: a) compreender o processo de luto pela covid-19 no contexto de uma Unidade Básica de Saúde (UBS); e, como objetivos específicos: a) identificar fatores de risco e proteção para a prevenção da saúde mental dos profissionais de saúde e pessoas em situação de luto usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS); b) contribuir para a implementação de ações de políticas públicas no cenário brasileiro com foco na saúde, tanto para os usuários quanto para os profissionais da UBS; e c) elaborar um protocolo de atendimento psicológico orientado para a intervenção, tanto em nível secundário quanto terciário, do luto complicado.

Sua participação consiste em realizar duas entrevistas individualmente, com duração de uma hora. Seu nome não será mencionado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, bem como qualquer outra informação que possa identificá-lo(a). Serão utilizados codinomes para a análise e divulgação dos resultados. Nada lhe será cobrado, não haverá gastos de sua parte e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, caso algum desconforto seja gerado no momento da participação ou depois, será oferecido atendimento psicológico pela equipe do Laboratório de Estudos e Intervenção sobre o Luto (LELu), da PUC – SP. As informações coletadas serão utilizadas para os objetivos desta pesquisa: a elaboração da Tese de Doutorado e a publicação dos resultados obtidos. Essas informações ficarão disponíveis para os participantes a

qualquer momento do desenrolar da investigação. São esperados os seguintes benefícios com a sua participação: poder colaborar com o aprofundamento dos estudos na área do luto, bem como ajudar a ampliar o entendimento, conhecimento e possibilidades de atenção dos profissionais da área da saúde às pessoas em situação de luto, por covid-19, no Brasil.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que o(a) senhor(a) poderá se recusar a participar ou, ainda, retirar seu consentimento ou descontinuar sua participação a qualquer momento, se assim preferir, sem penalização ou prejuízo. Caso surja qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa e em qualquer etapa dela, você tem a liberdade de fazer contato com a pesquisadora ou, se preferir, com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – SP e com o Comitê de Ética em Pesquisada Secretária Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP, por meio dos dados informados a seguir.

Solicito sua autorização para a participação desta pesquisa, inclusive para os registros dos encontros e a publicação dos dados. O presente documento se apresenta em duas vias, uma das quais ficará com você e a outra ficará com a pesquisadora responsável. Desde já, agradecemos sua atenção e participação, colocando-nos à disposição para quaisquer informações e esclarecimentos.

Vanessa Rigonatti
CRP 06/89199 – Pesquisadora
Tel.: (11) 99190-2818 / *E-mail*: vanrigonatti@gmail.com

Declaro que recebi, de forma detalhada e clara, os esclarecimentos devidos a respeito da presente pesquisa, e ciente de que a minha participação é voluntária, e que minha recusa ou aceitação não acarretará nenhum prejuízo e, mesmo que eu aceite, posso, a qualquer momento, desistir de participar, eu, _____, concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

_____

Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Rua Gomes de Carvalho, 250 – Vila Olímpia
São Paulo (SP) – cep: 04547-001
Tel.: (11) 3846-4815 – Ramais: 228, 242, 243
Horário de funcionamento – 8H às 16H
E-mail: **cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br**

Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – SP
Rua Ministro Godói, nº 969 – Perdizes
Edifício Reitor Bandeira de Mello, sala 63-C
São Paulo (SP) – CEP: 05015-001
Tel.: (11) 3670-8466
***E-mail*: cometica@pucsp.br**

ANEXO C

SUS

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO
Rua Libero Badaró, 282 Centro São Paulo/SP 01008-000
55 11 3101-1417

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

São Paulo, 03 de Novembro de 2022

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Paulete Secco Zular, Coordenadora Regional de Saúde Centro (CRS Centro), Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), tenho ciência do projeto de pesquisa **Desigualdade social e Luto proibido: o impacto de mortes pela COVID-19 no Brasil** da pesquisadora Vanessa Rigonatti, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, a ser desenvolvido na UBS Bom Retiro dessa Coordenadoria. O projeto deve ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/SP para parecer. Após a aprovação do CEP poderá ser realizado.

A pesquisadora responsável deverá apresentar os resultados da pesquisa em reunião do Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Coordenadoria Regional de Saúde Centro.

Sem mais,

PAULETE SECCO ZULAR
Coordenadora – CRS CENTRO

Digitalizado com CamScanner